

L'APPROCHE INTÉGRÉE, GLOBALE ET CONCERTÉE
DE LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE
DANS LANAUDIÈRE
ÉVALUATION PARTICIPATIVE ET FORMATIVE
DE REPRÉSENTATIONS
ET DE PRATIQUES EN ÉVOLUTION

Volet Adaptation lanauoise de l'approche

Céline Poissant
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Octobre 2010

L'APPROCHE INTÉGRÉE, GLOBALE ET CONCERTÉE DE LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE DANS LANAUDIÈRE

OCTOBRE 2010

Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution

*Volets adaptation lanauoise de l'approche
et réceptivité des milieux aux offres de service proposées*



Céline Poissant
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Conception de l'étude
Céline Poissant

Collecte de données qualitatives,
analyse et rédaction
Céline Poissant
Caroline Richard

Collecte et traitement des données du
sondage téléphonique
Geneviève Marquis

Conception graphique
Micheline Clermont

Mise en page
Micheline Clermont
Sylvie Harvey

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière (DSPE)
Élizabeth Cadieux
Louise Desjardins
Abdoul Aziz Gbaya
Geneviève Marquis
Mario Paquet
Caroline Richard

CSSS du Sud de Lanaudière
Karine Blais
Caroline Michaud

CSSS du Nord de Lanaudière
Line Coulombe

Source des images
iStockphoto

Comité d'évaluation

ASSS de Lanaudière (DSPE)
Louise Desjardins
Céline Poissant
Caroline Richard

CSSS du Sud de Lanaudière
Éric Amyot
Karine Blais
Caroline Michaud

CSSS du Nord de Lanaudière
Line Coulombe
Pauline Girard

On peut se procurer un exemplaire de ce document en communiquant avec :

La Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau, Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450 759-1157 poste 4294 ou sans frais, 1 800 668-9229

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez contacter :

Céline Poissant, au 450 759-1157 ou sans frais, 1 800 668-9229, poste 4269 ou par courriel :
celine.poissant@ssss.gouv.qc.ca

La version PDF de ce document est disponible à la section *Documentation*, sous la rubrique *Publications* du site Web de l'Agence au www.agencelanaudiere.qc.ca

À la condition de mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

Toute information extraite de ce document devra porter mention de la source suivante :

POISSANT, Céline. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Volet Adaptation lanaudoise de l'approche*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 212 p.

Note : Le genre masculin employé sert à identifier aussi bien les femmes que les hommes. Il permet à la fois d'alléger le texte et de renforcer l'anonymat des informatrices et des informateurs à la source des données.

Cette étude a bénéficié d'une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique 2006-2007.

Dépôt légal : Quatrième trimestre 2010
ISBN : 978-2-89669-004-6 (version imprimée)
978-2-89669-005-3 (PDF)
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

REMERCIEMENTS

La contribution de plusieurs personnes a été nécessaire afin de mener à bien la réalisation de ce volet de l'étude. Leur apport respectif est ici souligné.

En premier lieu, j'adresse de sincères remerciements aux membres du comité d'évaluation mis en place pour assurer le suivi des différentes étapes de la démarche. Il s'agit de Louise Desjardins, agente de planification, de programmation et de recherche, responsable du dossier des saines habitudes de vie à la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de Lanaudière; de Pauline Girard, coordonnatrice des programmes Santé publique et Organisation communautaire au Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL); d'Éric Amyot, chef d'administration de programme des services généraux, de santé publique et développement des communautés au Centre de santé et des services sociaux du Sud de Lanaudière (CSSSSL); de Line Coulombe, kinésiologue et intervenante dans le programme Saines habitudes de vie au CSSSNL; de Karine Blais, remplacée par Caroline Michaud, nutritionnistes et intervenantes dans le programme Saines habitudes de vie au CSSSSL; et de ma collègue Caroline Richard, agente de planification, de programmation et de recherche à la DSPE de Lanaudière. Leur ouverture d'esprit, leur constante collaboration, leurs suggestions pertinentes et leur patience ont été grandement appréciées.

Ensuite, je tiens à manifester ma reconnaissance aux personnes, intervenants et gestionnaires de la DSPE et des deux CSSS lanauois, qui ont participé à la collecte des données. Ce sont les propos de ces acteurs clé qui sont à la source des analyses et des résultats présentés dans ce rapport. C'est pourquoi la confiance qu'ils m'ont témoignée et la générosité dont ils ont fait preuve ont été essentielles à l'amorce d'un processus d'évaluation le plus possible enraciné dans la dynamique vécue de l'appropriation et de la mise en œuvre régionales de l'approche intégrée, globale et concertée de promotion de saines habitudes de vie.

Je remercie également les collègues du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE pour leur lecture attentive de ce rapport et les commentaires qu'ils ont transmis afin de le bonifier. Ce sont Élisabeth Cadieux, Abdoul Aziz Gbaya, Geneviève Marquis, Mario Paquet et Caroline Richard. Enfin, je tiens à souligner l'excellent travail de mise en page et de bonification du document accompli par Micheline Clermont, autre collègue du même service.



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	I
LISTE DES ANNEXES	III
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	IV
INTRODUCTION	1
1. MISE EN CONTEXTE	3
1.1 Les liens entre les habitudes de vie et les maladies chroniques	3
1.1.1 Situation générale au Québec	3
1.1.2 Situation Lanaudoise	5
1.2 L'approche québécoise de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de saines habitudes de vie	6
1.2.1 Vers une approche intégrée	6
1.2.2 Les modèles d'approche intégrée	7
1.2.3 De l'approche à la pratique	9
1.3 L'approche et les interventions développées dans Lanaudière	12
2. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	19
2.1 Les objectifs de l'évaluation	19
2.2 Le type d'évaluation	20
2.3 Le cadre d'analyse	20
2.3.1 Quelques repères parmi les théories des représentations sociales	21
2.3.1.1 Définition et complexité du concept	22
2.3.1.2 Représentations sociales et savoirs	24
2.3.1.3 Représentations sociales, expérience vécue et pratique sociale	25
2.3.1.4 Représentations et pratiques professionnelles	26
2.3.1.5 Représentations et identité, individuelle et collective	28
2.3.1.6 Représentations et contexte social	29
2.3.1.7 Intériorisation des représentations	30
2.3.2 Des représentations d'une nouvelle approche à sa mise en pratique	31
2.3.3 Articulation des deux volets de l'étude	33
3. MÉTHODOLOGIE	37
3.1 La recherche documentaire	38
3.2 L'entrevue individuelle	38
3.3 Le groupe de discussion	39
3.4 Le traitement et l'analyse des données	40
3.5 Les considérations éthiques	40
3.6 Les limites de l'étude	41

4. RÉSULTATS	43
4.1 La définition de l'approche	43
4.1.1 Les assises scientifiques de l'approche, selon les informateurs	44
4.1.2 Les composantes distinctives de l'approche, selon les informateurs	46
4.1.3 Une appellation qui évolue : d' <i>intégrée</i> à <i>globale et concertée</i> , en passant par 0-5-30.....	53
4.1.4 En somme : vers une représentation collective d'une approche complexe.....	58
4.2 L'appropriation de l'approche par les acteurs lanaudois	60
4.2.1 Le contexte de la mise en œuvre de l'approche IGC, selon les informateurs.....	61
4.2.2 Le positionnement des acteurs lanaudois face aux raisons expliquant l'adoption de l'approche IGC.....	64
4.2.3 Les facteurs facilitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs	67
4.2.4 Les facteurs limitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs	69
4.2.5 En somme : entre l'adoption obligée et l'adhésion inconditionnelle	71
4.3 L'actualisation de l'approche : de la théorie à la pratique.....	76
4.3.1 Les pratiques « d'avant » la nouvelle approche	77
4.3.1.1 Description	78
4.3.1.2 Les forces des pratiques « d'avant »	84
4.3.1.3 Les faiblesses des pratiques « d'avant »	86
4.3.1.4 En somme : des pratiques en évolution, des acquis questionnés	88
4.3.2 Les pratiques « d'après » l'introduction de la nouvelle approche.....	90
4.3.2.1 Description	91
4.3.2.2 Les forces des pratiques « d'après »	125
4.3.2.3 Les faiblesses, difficultés, inconvénients des pratiques « d'après »	129
4.3.2.4 En somme : l'évolution s'est poursuivie au rythme des acteurs et en fonction du contexte	154
5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	159
5.1 Les représentations, l'appropriation et la mise en œuvre de l'approche : des influences combinées	159
5.1.1 Les critères de Moliner	160
5.1.2 Les sept éléments de théorie retenus	163
5.1.3 En somme	170
5.2 Qu'en est-il finalement des particularités et du modèle lanaudois?.....	170
5.2.1 Le point de vue des acteurs sur le modèle lanaudois	170
5.2.2 Synthèse des résultats et modèle lanaudois	173
CONCLUSION	177
RECOMMANDATIONS	179
BIBLIOGRAPHIE	181

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1	Les assises scientifiques de l'approche, selon les informateurs	46
Tableau 2	Les composantes distinctives de l'approche, selon les informateurs	51
Tableau 3	Les appellations de l'approche, selon les informateurs.....	56
Tableau 4	Indices de l'évolution des représentations de l'approche, chez les informateurs.....	58
Tableau 5	Le contexte de la mise en œuvre de l'approche IGC, selon les informateurs	62
Tableau 6	Les raisons expliquant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs	65
Tableau 7	Les facteurs facilitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs	67
Tableau 8	Les facteurs limitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs	69
Tableau 9	Synthèse des dimensions éclairant l'appropriation de l'approche IGC	74
Tableau 10	Les éléments de description des pratiques « d'avant » identifiés par les informateurs	81
Tableau 11	Les forces des pratiques « d'avant » identifiées par les informateurs.....	84
Tableau 12	Les faiblesses des pratiques « d'avant » identifiées par les informateurs	86
Tableau 13	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les activités offertes et les milieux ciblés	91
Tableau 14	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les façons de faire	99
Tableau 15	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les outils.....	103
Tableau 16	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les ressources humaines.....	108
Tableau 17	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : l'articulation et la collaboration des ressources au sein des organisations	111
Tableau 18	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : l'articulation et la collaboration entre les organisations	117
Tableau 19	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les particularités lanaudoises	120
Tableau 20	Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs : les résultats attendus, obtenus et évalués	123
Tableau 21	Les forces des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs	127

Tableau 22	Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs : les façons de faire	135
Tableau 23	Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs : l'articulation et la collaboration	144
Tableau 24	Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs : les résultats	150
Tableau 25	Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs : les résultats	151



Figure 1	L'approche globale de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques dans la région de Lanaudière	13
Figure 2	Schéma de la logique d'analyse.....	36



LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Guide d'entrevue auprès des gestionnaires et des intervenants de la DSPE et de CSSS.....	187
Annexe 2	Formulaire de consentement éclairé destiné aux gestionnaires et aux intervenants de la DSPE et des CSSS	191
Annexe 3	Guide de discussion avec les gestionnaires et les intervenants de la DSPE et des CSSS	195
Annexe 4	Formulaire de consentement éclairé concernant la participation à un groupe de discussion	199
Annexe 5	Grille d'observation des groupes de discussion sur l'approche.....	203



LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSNL	Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSSSL	Centre de santé et des services sociaux du Sud de Lanaudière
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Direction de santé publique
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
GMF	Groupe de médecine de famille
IGC	(Approche) intégrée, globale et concertée
MCV	Maladie cardiovasculaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PIPMC	Programme intégré de prévention des maladies chroniques
PLI	Plateau lanauois intersectoriel (de Québec en forme)
PNSP	Programme national de santé publique
PSSP	Programme de subventions en santé publique
SYLIA	Système Lanaudois d'Information et d'Analyse
TCNPP	Table de concertation nationale en promotion prévention



INTRODUCTION

Au cours de l'hiver 2006, les trois principales organisations régionales du réseau de la santé et des services sociaux qui travaillent à développer progressivement une façon de faire Lanaudoise en vue d'appliquer une nouvelle approche des habitudes de vie et des maladies chroniques ont souhaité qu'un projet d'évaluation à ce sujet soit élaboré. Il s'agissait des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud et du Nord de la région et de la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière. Leurs professionnels chargés du développement de ce modèle avaient manifesté le besoin d'obtenir une rétroaction concernant les pratiques mises en œuvre (activités et façons de faire), afin d'être en mesure de mieux adapter leur offre de service aux caractéristiques des milieux aussi bien qu'aux exigences de l'approche préconisée. L'évaluation devait permettre d'identifier des éléments de réponse à leurs questionnements immédiats concernant la réceptivité des milieux à leur nouvelle offre de service regroupée.

Par ailleurs, la DSPE avait proposé d'ajouter un second volet au projet, étant donné que la région de Lanaudière semblait se distinguer dans sa façon d'adopter et d'appliquer l'approche dite *intégrée* ou *globale et concertée* des habitudes de vie et des maladies chroniques. En effet, alors que certaines régions, comme les Laurentides, avaient choisi d'adopter en tout ou en partie le programme *0-5-30 Combinaison Prévention*, conçu dans la région de la Capitale-Nationale, la DSPE et les deux CSSS de Lanaudière tentaient plutôt de développer ensemble leur propre « modèle », en adaptant progressivement à l'approche intégrée préconisée les interventions qui avaient déjà été développées regionalement depuis quelques années, ainsi que les nouvelles qu'ils concevaient. Ainsi, même s'il était en construction et en expérimentation, le « modèle Lanaudois » de cette nouvelle approche de promotion de saines habitudes de vie semblait alors novateur quant à l'importance particulière qu'il accordait à l'intervention dans les milieux de vie, afin de créer des environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Il s'agissait d'une approche largement guidée par la stratégie de développement durable des communautés promue par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, et considérée comme un domaine d'intervention transversal dans le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 de Lanaudière*.

Il est donc apparu intéressant de proposer aux deux CSSS et à la DSPE de Lanaudière, maîtres d'œuvre de l'application de l'approche, et à leurs professionnels concernés, une proposition d'évaluation formative comportant deux volets et étant susceptible de leur fournir deux types d'informations. D'une part, en réponse directe à leur demande, ils devaient obtenir des données leur permettant d'ajuster leurs pratiques (activités et façons de faire, dont l'offre de service) aux caractéristiques du terrain (enjeux de réceptivité). D'autre part, ils allaient pouvoir bénéficier d'un premier ensemble d'informations afin de documenter la manière Lanaudoise de comprendre et d'appliquer la nouvelle approche des habitudes de vie et des maladies chroniques.

La proposition d'évaluation a été acceptée par le comité d'évaluation mis sur pied afin de suivre, de soutenir et de valider les différentes étapes de la démarche. Ce comité était composé de Louise Desjardins, agente de planification, de programmation et de recherche, responsable du dossier des saines habitudes de vie à la DSPE de Lanaudière; de Pauline Girard, coordonnatrice des programmes Santé publique et Organisation communautaire au CSSS du Nord de Lanaudière; d'Éric Amyot, chef d'administration de programme des services généraux, de santé publique et développement des communautés au CSSS du Sud de Lanaudière; de Line Coulombe, kinésiologue et intervenante dans le programme Saines habitudes de vie au CSSS du Nord de Lanaudière; de Karine Blais, remplacée par Caroline Michaud, nutritionnistes et intervenantes dans le programme Saines habitudes de vie au CSSS du Sud de Lanaudière; ainsi que de Céline Poissant et Caroline Richard, les deux agentes de recherche de la DSPE mandatées pour réaliser l'étude.

L'évaluation a été réalisée notamment grâce à un financement initial obtenu par le CSSS du Sud de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique (PSSP) pour l'année 2006-2007. Par la suite, l'ASSS de Lanaudière a assumé la plus grande partie des coûts de l'étude.

Le présent rapport d'évaluation est consacré exclusivement à l'un des deux volets¹ de l'étude, soit la façon lanaudoise de comprendre, de s'approprier et de traduire dans les pratiques l'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques.

La première partie du rapport propose une mise en contexte portant, d'une part, sur les liens entre les habitudes de vie et les maladies chroniques (situations québécoise et lanaudoise) et, d'autre part, sur l'approche québécoise de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de saines habitudes de vie. La deuxième partie décrit le cadre général de l'étude : ses objectifs, le type d'évaluation réalisée, ainsi que le cadre d'analyse comportant les balises théoriques sur lesquelles s'est appuyée la démarche, et une explication de l'articulation entre les deux volets de l'étude. La troisième partie expose la méthodologie employée, soit une stratégie comportant trois étapes et méthodes combinées, alors que la quatrième partie présente les résultats obtenus, en ce qui concerne exclusivement le deuxième volet de l'étude. Enfin, une synthèse et discussion de ces résultats est l'objet de la dernière partie du document. De plus, en vue de répondre aux attentes des gestionnaires et des intervenants et de contribuer à l'amélioration des pratiques, la conclusion du rapport comporte des recommandations.

¹ Pour la référence concernant le second volet de l'étude, voir en bibliographie Richard et Poissant (2010-1).

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 Les liens entre les habitudes de vie et les maladies chroniques

Il est maintenant largement admis que les maladies chroniques (notamment les maladies cardiovasculaires (MCV), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires) sont étroitement associées aux habitudes de vie. Il est donc possible de les éviter en partie, ou de les prévenir, en modifiant certaines habitudes de vie. D'ailleurs, dans la *Mise à jour 2008* du *Programme national de santé publique 2003-2012*, on appelle significativement les maladies chroniques *nos maux de civilisation* (MSSS, 2008, p. 29). Cette appellation témoigne de l'importance grandissante de ce phénomène dans la vie des Québécois. Les Lanaudois n'y échappent pas non plus.

1.1.1 Situation générale au Québec

Bien que la définition du concept donne lieu à des discussions (Lévesque et coll., 2007, p. 3), on entend généralement par *maladies chroniques*, dans le réseau québécois de la santé publique, *des maladies de longue durée qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles il n'existe pas de cure complète (ibidem)*. Fortin (2007, p. 7), pour sa part, en propose une définition plus détaillée. Il s'agit selon lui de maladies qui

se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus; sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée; ont des causes multiples et complexes; peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge; sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie); ne menacent généralement pas immédiatement la vie; mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée.

Par ailleurs, certaines *habitudes de vie* sont considérées comme des facteurs de risque pour des maladies chroniques particulières.

Les données et les connaissances actuelles ont amené les experts québécois de la santé publique à se préoccuper plus particulièrement de trois habitudes de vie, soit le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Il appert que celles-ci seraient *en cause dans environ 80 % des décès liés aux MCV, dans 90 % des décès liés au diabète et dans environ le tiers des décès liés au cancer* (Lévesque et coll., 2007, p. 3). On considère également, de plus en plus, que des conditions socio-économiques difficiles représentent un autre facteur de risque majeur. En effet, on observe que *la probabilité d'adopter des habitudes de vie peu favorables à la santé* augmente en proportion inverse de la faiblesse du revenu (*ibidem*).

Afin d'améliorer la situation *d'ici 2012*, tant à l'égard des maladies chroniques qu'en matière d'habitudes de vie, des objectifs de résultats précis et chiffrés sont fixés dans le cadre du *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012* (MSSS, 2003). Ils précisent la réduction attendue des taux de mortalité et de morbidité pour certaines maladies chroniques : les maladies cardiovasculaires, le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, les MPOC et l'asthme. Le PNSP a aussi pour objectif de réduire l'incidence ou la prévalence d'autres problèmes de santé chez des populations spécifiques : le diabète dans les populations autochtones, l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus, ainsi que l'excès de poids et l'obésité chez les adultes.

En matière d'habitudes de vie, on vise à réduire : l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire, la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac, l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, de même que la prévalence de l'insécurité alimentaire. On vise également à augmenter : la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans et la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

La santé buccodentaire est également ciblée dans les objectifs du PNSP. Les objectifs portent sur la réduction du nombre de faces dentaires cariées, absentes ou obstruées chez les jeunes de moins de 18 ans, ainsi que sur la réduction de la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus. De même, on poursuit l'objectif d'améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.

En 2008, dans le cadre de la mise à jour du PNSP (MSSS, 2008, p. 21), certains résultats d'évaluation ont été présentés à l'égard des objectifs visés pour le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques. On a ainsi observé, depuis le début de l'implantation du programme, des améliorations au chapitre de la proportion de fumeurs actuels et de personnes exposées à la fumée secondaire dans l'environnement, des taux d'hospitalisation et de mortalité par MCV, de la consommation de fruits et légumes et de l'activité physique chez les jeunes, ainsi que de l'usage du tabac chez les élèves du secondaire.

Enfin, pour guider la poursuite du PNSP de 2008 à 2012, de nouveaux objectifs ont été fixés à l'égard des saines habitudes de vie et des maladies chroniques (MSSS, 2008). Tout d'abord, parmi ceux qui visent à augmenter globalement la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie (en matière d'alimentation, d'activité physique, de tabagisme et d'hygiène dentaire), on note des objectifs touchant : la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments, l'apport quotidien de sodium pour atteindre l'apport maximal tolérable

selon l'âge, la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire, la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique, la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire et chez les jeunes de 15 ans et plus, ainsi que la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

Pour ce qui est des maladies chroniques (et plus particulièrement les MCV, les MPOC, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires), outre les objectifs reconduits ou simplement modifiés à l'égard des taux visés, deux nouveaux objectifs ont été ajoutés. Ils concernent le taux de mortalité par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans, et par cancer du poumon, ainsi que la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus.

1.1.2 Situation lanadoise

De façon générale, la situation lanadoise apparaît comparable à celle de l'ensemble de la province, au chapitre des maladies chroniques. Ainsi, selon le *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA, 2008, p. 5)*, quel que soit le problème de santé chronique considéré, on n'observait, en 2005, *aucune différence statistiquement significative* entre les taux de prévalence lanadois et ceux du Québec.

On peut signaler, notamment, que le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE de Lanaudière s'active à la publication de monographies constituant des états de situation spécifiques (prévalence, incidence et répercussions) sur les maladies chroniques les plus importantes (dont les maladies respiratoires, les cancers et le diabète) et sur les facteurs de risque les plus déterminants à cet égard (embonpoint et obésité, tabagisme, alcoolisme et toxicomanie, etc.)².

Pour ce qui est des objectifs régionaux visant à améliorer la situation en ce qui a trait aux maladies chroniques et aux habitudes de vie, le plan d'action régional de santé publique (PAR) constitue en quelque sorte l'adaptation régionale du PNSP. On y retrouve toutefois les mêmes objectifs de résultats mentionnés à la section précédente. Et il en est de même pour les nouveaux objectifs fixés pour la période de 2008 à 2012. Quant à l'atteinte de ces objectifs, contrairement à l'échelle provinciale, ils n'ont pas donné lieu, dans Lanaudière, à un bilan formel de mi-parcours. En fait, la mise à jour des indicateurs dans le SYLIA poursuit ce but. On peut mentionner également qu'un bilan provisoire 2004-2007 a été réalisé concernant le PAL du Nord de Lanaudière. Toutefois, il porte davantage sur des résultats de production (quantification des activités réalisées et des personnes rejointes, notamment) que sur des données touchant directement les maladies chroniques ou les habitudes de vie.

² On peut consulter, à ce sujet, Guillemette, Bégin, Peterson et Trudel (2009); Lemire, Corbeil et Ducharme (2009); Lemire, Gosselin et Monette (2009); Lemire (2008); Simoneau et Garand (2010).

1.2 L'approche québécoise de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de saines habitudes de vie

Entre les objectifs fixés et les résultats atteints à mi-parcours, dans le cadre du PNSP, des interventions ont été pratiquées par des professionnels spécialement mandatés par les instances de santé publique. Ces activités de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques étaient basées sur une approche développée en fonction des connaissances disponibles, transmises par la littérature scientifique et largement adoptée dans les milieux d'intervention à travers le monde entier à partir du début des années 2000. Parmi celles-ci, certaines ont conduit à reconnaître le mode de vie *comme étant un des facteurs déterminants de la santé* (Lachance et Colgan, 2004, p. 26), et d'autres ont permis de retenir certaines stratégies d'action qui étaient jugées les plus efficaces pour agir sur ces facteurs particuliers.

1.2.1 Vers une approche intégrée

Il faut dire tout d'abord que, dans le milieu de la santé publique, au Québec comme ailleurs dans le monde, il y a déjà longtemps que ces questions font partie des préoccupations et que des stratégies d'action sont mises en œuvre dans ce domaine. Ainsi, il apparaît que, depuis les années soixante-dix, *les intérêts sociaux reliés à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé représentent un défi pour la santé publique* (McLeroy et al., 1988, cité par Lévesque et coll., 2007). Toutefois, jusque dans les années 1980 et 1990, les interventions étaient beaucoup axées sur l'objectif de rendre faciles les *choix santé* (*ibid.*, p. 23) pour amener la population à changer les comportements individuels. De plus, ces actions étaient plutôt réalisées en parallèle (ou *en silos*) et visaient chacune une habitude de vie particulière (par exemple, le tabagisme) associée à une maladie chronique particulière (comme le cancer du poumon) ou encore, inversement, une maladie et la prévention de ses facteurs de risque.

Depuis plusieurs années, cependant, un tournant significatif est observé dans la façon de concevoir et de réaliser les interventions portant sur les habitudes de vie, en vue de réduire l'incidence des maladies chroniques, et donc les coûts croissants liés à leur traitement. En effet, les experts de la santé publique, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aux instances nationales, régionales et locales, s'entendent maintenant sur le fait qu'il faille adopter une approche *intégrée* dans la lutte aux maladies chroniques. On a même parlé à cet égard d'un *nouveau paradigme pour guider les interventions*, qui serait basé sur une action à plusieurs niveaux, soit les niveaux individuel, social, culturel, environnemental et politique (*ibid.*, p. 8). À ce sujet, Lachance et Colgan apportent les précisions suivantes :

Les interventions visant le changement individuel seront plus efficaces lorsque la société offrira des environnements et des politiques qui encouragent les gens à mettre en pratique leurs connaissances et leurs habiletés. Les changements politiques et environnementaux devraient avoir pour objectif de motiver et permettre aux gens d'obtenir des aliments sains, d'avoir l'opportunité de faire de l'activité physique et d'offrir un environnement sans fumée. (ibid., p. 26)

1.2.2 Les modèles d'approche intégrée

Malgré le changement de paradigme annoncé, Lachance et Colgan considéraient, en 2004, qu'on demeurait en présence d'une *panoplie d'approches, de programmes ou d'actions dits intégrés*, parmi lesquels on ne décelait pas de base commune quant à l'objet de l'intégration (le *quoi intégrer*) et à la façon de faire (le *comment intégrer*) (ibid., p. 23).

En ce sens, on note que certains modèles, dont le *Chronic Care Model* développé aux États-Unis et l'*Expanded Chronic Care Model* (l'adaptation du premier en Colombie-Britannique, notamment retenu dans la région de Lanaudière et à l'ASSS de Lanaudière), visent à intégrer aussi bien les interventions de prévention que les services curatifs touchant les maladies chroniques. Ces deux modèles, amplement connus et décrits, sont notamment au cœur d'une étude récente de l'INSPQ sur les modèles d'organisation de première ligne et la santé des personnes déjà atteintes de maladies chroniques (Lévesque et coll., 2007, p. 7). Dans ce cas particulier, les objectifs visés concernent principalement l'aspect curatif d'un continuum d'interventions et de services en matière de maladies chroniques.

À l'autre bout du spectre des interventions, soit en amont des problèmes de santé chronique (dimension préventive et promotion de la santé), la nouvelle perspective s'appuie plutôt sur un cadre conceptuel adapté de Cohen, notamment dans le cadre du PNSP. Ce modèle est basé sur le fait que

l'adoption d'un comportement de santé par un individu ou par une population est modulée à la fois par les facteurs internes sous le contrôle des individus et par les facteurs environnementaux pour lesquels l'individu n'a pas ou peu de contrôle direct (Lachance et Colgan, p. 27).

Selon Côté (2006, p. 8), le PNSP privilégie une approche d'intervention comportant deux angles distincts. Ainsi :

D'une part, l'intervention doit cibler un ensemble de déterminants et de facteurs de risque communs aux principales maladies chroniques. D'autre part, l'intervention doit combiner plusieurs types et stratégies d'action : des actions d'éducation à la santé, des actions visant la modification des conditions environnementales et des actions de dépistage systématique de certaines maladies.

L'auteure précise les caractéristiques et les cibles propres à chacun des trois types d'actions identifiés. D'après elle, l'éducation à la santé s'adresse à l'ensemble de la population en vue de modifier les comportements individuels et de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, généralement par le moyen de consultations professionnelles. À un autre niveau, les actions environnementales ont pour objectif de modifier trois types d'environnements susceptibles d'influencer les choix individuels touchant les habitudes de vie : le social, l'économique et le politique. Il s'agit de s'attaquer notamment aux normes sociales, à l'aménagement des lieux et à l'adoption de lois et règlements. Enfin, le dépistage systématique a pour but de détecter précocement certaines maladies chez des personnes ne présentant pas de symptôme, afin de pouvoir intervenir rapidement.

Le récent *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (MSSS, 2006) constitue une autre illustration éloquent de l'importance accordée par le Gouvernement du Québec aux liens entre les habitudes de vie et les maladies chroniques. L'ampleur de ces problèmes, et notamment les coûts qu'ils entraînent et continueront d'entraîner pour le système de santé³, justifie l'investissement de ressources importantes en vue d'améliorer la situation. On retrouve en outre, dans ce plan d'action également appuyé sur une adaptation du modèle de Cohen, une vision de l'approche intégrée selon laquelle *les actions et les messages doivent être cohérents, et portés par l'ensemble des acteurs des différents secteurs appelés, à un degré ou à un autre, à jouer un rôle dans la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids*. De façon plus précise, on considère qu'il faut mettre en place des mesures en vue de *modifier tant les facteurs individuels que les facteurs environnementaux*. On considère que les facteurs environnementaux sont *plus structurants* et qu'ils *conditionnent l'adoption des comportements reliés aux habitudes de vie, au poids et à l'image corporelle*. (*ibid.*, p. 13 et 14)

D'autres efforts ont été entrepris afin de développer, à l'échelle de la province, une vision commune de l'approche *intégrée* préconisée. À cet égard, on fait régulièrement référence au *0-5-30 Combinaison Prévention*, un programme

³ Pour 2005-2006, 43 % des dépenses de l'État québécois étaient consacrées aux services de santé. De plus, étant donné le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, on s'attendait à un accroissement de ces dépenses au cours des années à venir. Par contre, certaines études montrent que les mesures préventives pourraient contribuer à diminuer la demande de services curatifs entre 15 % et 40 %, en fonction de l'engagement de la société dans ces mesures. (Service du développement de l'information du MSSS, cité par MSSS, 2006)

initialement conçu en 2002 dans la région de la Capitale-Nationale. Il s'agissait en fait du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques (PIPMC) 2002-2012* de cette région.

Les auteurs qui en traitent (Côté, 2006; Beaudry et Scheafer, 2007) glissent parfois du vocable *programme 0-5-30 Combinaison Prévention* à celui d'*approche*, en passant par celui de *concept*. En fait, Côté explique que le programme d'origine a été revu dans le cadre d'un des cinq chantiers provinciaux mandatés par le gouvernement québécois, à la suite du *Forum des générations* tenu en 2004, en vue de prioriser notamment la prévention de l'obésité chez les jeunes. L'objectif du chantier 0-5-30 consistait à

fournir une nouvelle formulation de l'approche destinée à l'ensemble de la population de manière à s'assurer de l'harmonisation des stratégies, des actions et des outils afin que le MSSS, les DRSP et les CSSS puissent le soutenir et l'implanter (Côté, 2006, p. 19).

À la lecture du *Bilan de l'implantation au Québec du 0-5-30 Combinaison Prévention* (*ibid.*), on comprend que l'appellation *approche 0-5-30 Combinaison Prévention* y est finalement utilisée comme un synonyme ou équivalent d'*approche intégrée*. L'auteur soulignait que, quatre ans après la création de ce programme-concept-approche, presque toutes les régions du Québec avaient *opté pour un programme de promotion de saines habitudes de vie/prévention des maladies chroniques apparenté au programme de la DRSP de la Capitale-Nationale, utilisant avec plus ou moins de variantes le concept 0-5-30 Combinaison Prévention* (*ibid.*, p. 4).

1.2.3 De l'approche à la pratique

En ce qui concerne l'actualisation (ou mise en pratique) de l'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques, on note que sa promotion a été faite par la Table de concertation nationale en promotion prévention (TCNPP) auprès des différentes directions régionales de santé publique (DRSP) du Québec, à la suite du *Forum des générations* et dans la foulée du *Chantier 0-5-30 Combinaison Prévention*. Il était même question de *proposer une programmation-cadre de l'approche pour le 1er mai 2007* (Côté, 2006, p. 24). Pourtant, en 2008, Beaudry et Schaefer (2008, p. 9) mentionnaient qu' *à ce jour, aucun programme cadre n'a été développé à l'échelle provinciale*. Ils ajoutaient que *l'adaptation régionale de l'approche donne lieu à d'importantes variations*.

Malgré tout, selon Côté, au début de 2005, dix régions avaient élaboré des programmes intégrés de prévention des maladies chroniques ou de promotion de saines habitudes de vie, s'inspirant à des degrés divers du *0-5-30 Combinaison Prévention* de la région de la Capitale-Nationale. La plupart étaient même en processus d'implantation. De plus, même si chaque région adaptait l'approche

intégrée à sa propre réalité, chacune retenait les deux principes directeurs du programme initial, qui orientaient le choix des stratégies, des méthodes et des interventions (Côté, 2006, p. 18). Il s'agissait, d'une part, de *l'intégration, dans un message unifié, des recommandations à véhiculer concernant les habitudes de vie ciblées* et, d'autre part, de *la combinaison de deux stratégies : les actions éducatives, qui portent sur les facteurs individuels, et les actions environnementales, qui visent à modifier les environnements en lien avec les trois habitudes de vie ciblées*. Il était précisé également qu'il fallait *assurer l'arrimage de ces deux stratégies afin qu'elles se complètent*. (*ibid.*, p. 11-12) Pour leur part, Beaudry et Schaefer (2008, p. 11) ajoutent une troisième stratégie, soit la promotion des pratiques cliniques préventives. Cette dernière est incluse dans la stratégie éducationnelle par Dubois et Masse Jolicoeur (2008, p. 14), qui identifient plutôt, comme troisième stratégie, celle qui vise la communication.

On peut noter que les trois habitudes de vie spécifiquement et symboliquement ciblées par le 0-5-30 étaient le tabagisme (0 consommation ou exposition à la fumée), la consommation de fruits et légumes (5 portions par jour recommandées) et l'exercice physique (30 minutes par jour recommandées).

En lien avec le statut de « quasi modèle » conféré au *0-5-30 Combinaison Prévention* dans la foulée du *Chantier 0-5-30 Combinaison Prévention*, la DRSP de la Capitale-Nationale a conçu et diffusé un guide d'utilisation de cette *marque* à toutes les directions régionales de santé publique, ainsi qu'à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et à la Direction générale de la santé publique du MSSS. De plus, les différents outils conçus dans la région de la Capitale-Nationale⁴ constituaient en quelque sorte une base pour la mise en place prévue d'un réseau, entre les différentes régions, *d'échanges et de production d'outils pour les différents volets de l'approche* (*ibid.*, p. 24). En fait, la création de ce réseau devait répondre à une des trois principales recommandations formulées au terme du bilan de l'implantation de l'approche dans les régions du Québec, en vue de *profiter de l'effet de synergie* créé par le 0-5-30 (*ibid.*, p. 43).

Les deux autres principales pistes d'action retenues, lors du bilan de l'implantation au Québec de l'approche 0-5-30, consistaient à *mettre en place un réseau de soutien à l'implantation*, ainsi qu'à élaborer la *programmation-cadre* mentionnée précédemment, en vue de guider les DRSP dans *la planification et la mise en œuvre de l'implantation du 0-5-30 Combinaison Prévention dans leur région respective* (*ibidem*).

⁴ Une liste des outils produits par la DRSP de la Capitale-Nationale est incluse en annexe dans le *Bilan de l'implantation au Québec du 0-5-30 Combinaison Prévention* (Côté, 2006). Elle comporte des outils généraux (affiche, pochette, dépliants), des outils « Actions environnementales » (regroupés principalement dans un cartable « Guide de transformation du milieu de travail ») et des outils « Actions éducatives » (« Teaser » pour les médecins et dépliant).

Par ailleurs, deux démarches d'évaluation spécifiques, à l'échelle régionale et portant sur *l'approche intégrée 0-5-30 Combinaison-prévention*, se rapprochent davantage de l'objet de la présente étude. Une première, de type formatif et participatif, centrée sur les modes de fonctionnement du programme en lien avec les résultats attendus, a été réalisée dans la région des Laurentides. Les évaluateurs se penchaient plus spécifiquement sur l'atteinte des objectifs opérationnels du programme fixés pour 2006-2007, le degré de mise en œuvre des différentes stratégies, ainsi que l'identification des principaux facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre du programme (Dubois et Masse Jolicoeur, 2008, p. 2). Les conclusions de l'évaluation faisaient état, notamment, de la complexité du programme et des défis qu'il posait à l'administration publique et à la population régionale, compte tenu des changements espérés à court, moyen et long termes. On soulignait en outre que des défis se situent *au niveau de l'implication de certains milieux d'intervention, de la récurrence des ressources et du développement et de la formalisation des partenariats* (*ibid.*, p. 71).

L'autre démarche d'évaluation régionale, à visée formative et descriptive, touchait plus précisément la mise en œuvre de cette approche en milieu de travail, en Montérégie. Trois principales composantes constituaient les objets à l'étude : les efforts déployés par les agents de promotion de saines habitudes de vie pour recruter des milieux de travail susceptibles d'adopter l'approche; la mise en œuvre de la démarche de planification en sept étapes ainsi que la réalisation des tâches et des activités associées; le soutien fourni par les membres de l'équipe régionale de la DSP aux agents de promotion de saines habitudes de vie (Beaudry et Schaefer, 2008, p.13). En conclusion, les auteurs affirmaient que :

L'approche intégrée 0-5-30 préconisée par l'équipe régionale Saines habitudes de vie repose sur une démarche de planification extensive qui, lorsqu'elle est implantée correctement, conduit à la mise en place de la plupart des conditions que la littérature scientifique reconnaît essentielles à la réussite de tout programme de promotion de la santé. (ibid., p. 45)

Ils ajoutaient que, selon les résultats de l'évaluation, *il est tout à fait possible pour une entreprise de réaliser la totalité des tâches et des activités prévues dans la démarche de planification (ibidem)*. Ils soulignaient également que plusieurs des principaux résultats de leur évaluation sont corroborés par celle réalisée dans les Laurentides. Les recommandations de l'étude portent sur le soutien à la promotion et à la mise en œuvre de l'approche (suggestions adressées à la DSP), le recrutement des milieux de travail et la mise en œuvre de l'approche (suggestions adressées principalement aux agents de promotion des CSSS).

1.3 L'approche et les interventions développées dans Lanaudière

Selon le bilan de Côté (2006), Lanaudière était une des dix régions qui avaient, en 2005, élaboré un programme de prévention des maladies chroniques ou de promotion de saines habitudes de vie s'inspirant du *0-5-30 Combinaison Prévention*. À cet égard, la région aurait retenu les deux stratégies identifiées dans le programme initial de la Capitale-Nationale, soit des actions éducatives proposées par des professionnels des CSSS (appelés *agents de terrain*), ainsi que des actions environnementales.

Contrairement à d'autres régions, toutefois, comme celles des Laurentides et de la Montérégie, la DSPE et les deux CSSS lanauois n'ont pas retenu d'appellation faisant référence officiellement ou publiquement au *0-5-30*, qu'il s'agisse de programme ou d'approche⁵. Deux raisons avaient été invoquées à ce sujet. D'une part, l'équipe ne voulait pas limiter les messages et les interventions à *5 portions de fruits et légumes* et à *30 minutes d'activité physique* par jour. D'autre part, quatre habitudes de vie avaient été retenues (ajout de la santé buccodentaire), ce qui ne correspondait plus au message *0-5-30* qui en identifiait seulement trois. Les organisations lanauoises concernées n'ont pas non plus appuyé leurs interventions sur les outils proposés par la région de la Capitale-Nationale. En fait, ces trois organisations partenaires du réseau lanauois de la santé et des services sociaux ont plutôt tenté de développer ensemble leur propre façon de faire, en adaptant progressivement à l'approche intégrée préconisée les interventions qu'elles avaient déjà développées depuis quelques années, ainsi que les nouvelles qu'elles concevaient.

Plus précisément, en 2005, la DSPE a confié à un professionnel la responsabilité du domaine des saines habitudes de vie, afin de favoriser le travail d'équipe et soutenir la concertation et les arrimages entre les professionnels travaillant chacun sur une habitude de vie. Son rôle consiste toujours, entre autres choses, à soutenir l'articulation entre les interventions conçues, proposées et réalisées par les professionnels de la DSPE et des deux CSSS, en matière d'activité physique, d'alimentation, de tabagisme et de santé buccodentaire. On remarque ainsi que, dans Lanaudière, les activités en matière de saines habitudes de vie ont inclus d'emblée la santé buccodentaire, ce qui n'est pas le cas dans le programme *0-5-30 Combinaison Prévention*, ni d'ailleurs dans les adaptations qui en ont été faites dans d'autres régions.

Dans Lanaudière également, des efforts ont été investis afin de mettre sur papier, sous la forme d'un cadre de référence destiné exclusivement à l'usage des équipes de saines habitudes de vie de la DSPE et des deux CSSS (Desjardins, 2007, 2005-1 et 2005-2; Bourque et coll., 2006), les principaux éléments de la façon de faire lanauoise, tels que convenus par les professionnels et les cadres des trois organisations, au tout début de leurs efforts visant à intégrer l'approche globale à leurs pratiques. On y retrouvait notamment les principes directeurs, les objectifs et les clientèles visés, ainsi que les stratégies d'action retenues. En outre, un schéma modélisant l'approche, fortement

⁵ La seule exception est la participation régionale à la campagne provinciale *Défi Santé 5/30* (Bourque et coll., 2006, p. 135).

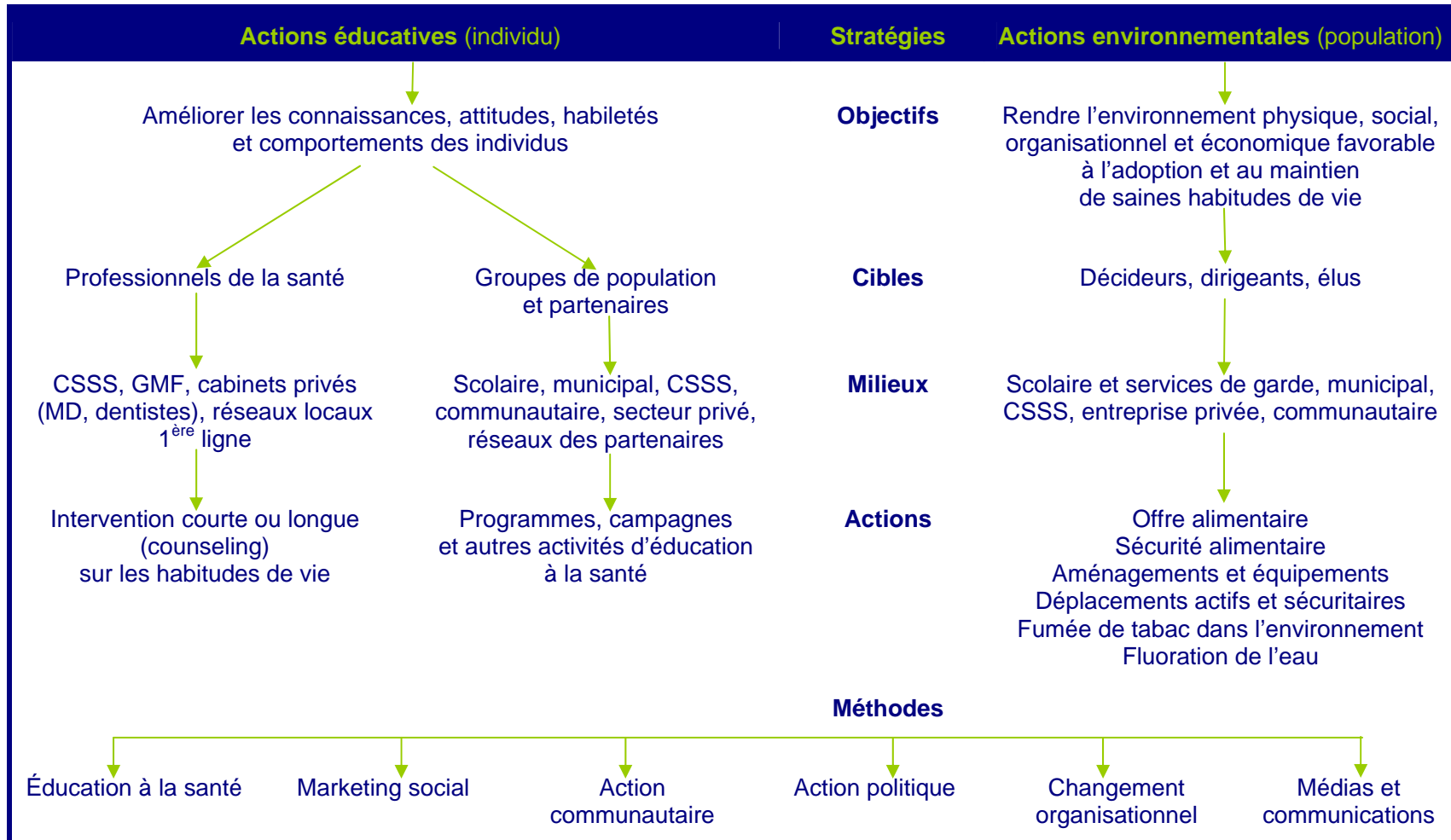
inspiré de celui du 0-5-30, a été élaboré (figure 1; Desjardins, 2007, p. 6). Par ailleurs, la clientèle d'abord privilégiée était celle des adultes, bien qu'une offre de service commune pour les programmes et clientèles *habitudes de vie/jeunes/école en santé* était envisagée. De plus, on visait à rejoindre les clientèles adultes, en 2005-2006, dans les milieux municipal et de travail, puis dans la *communauté at large* (Desjardins, 2005-2).

Quant aux actions prévues, elles étaient de quatre types : de nature environnementale ou éducative, ou touchant les pratiques cliniques préventives ou encore la communication. En fait, on considérait qu'il y avait *une forte composante communication* intégrée à toutes les activités des trois autres types (Bourque et coll., 2006, p. 135).

On retrouve d'abord, parmi les interventions environnementales et éducatives réalisées ou prévues, certaines actions visant les adultes et menées par des intervenants rattachés aux CSSS, soit un kinésiologue et un nutritionniste. Notons qu'il s'agit de professionnels spécifiquement embauchés en vue de mettre en œuvre, au niveau local et *sur le terrain*, des interventions environnementales dans le cadre d'une approche intégrée. Selon ce cadre de référence, les CSSS sont les maîtres d'œuvre de l'implantation de l'approche *globale et concertée* dans les milieux ciblés.

FIGURE 1

**L'APPROCHE GLOBALE DE PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE
ET DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE⁶**



⁶ Mars 2007, adapté de l'approche 0-5-30 *Combinaison Prévention*, développée par la DSP de Québec.

En 2005, dans le cadre des actions environnementales, une première offre de service dite « regroupée » en matière d'habitudes de vie était destinée aux milieux de travail et proposait quatre forfaits : conférence *Bon air* sur la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), conférence *Bouffe Express* sur les lunchs, *Focus Santé* (ateliers sur l'activité physique) et *Mon style de marche*. D'autres activités proposées étaient réalisées aux niveaux régional et local en lien avec les campagnes provinciales *Objectif Familles sans fumée*, *Bien manger sans fumée*, *Mon style de marche*, *Plaisirs d'hiver*, *Défi j'arrête, j'y gagne* et *Défi Santé 5/30* (Bourque, 2006, p. 135).

En matière de santé buccodentaire, la principale activité d'abord mise en œuvre en 2005 a été une analyse du milieu sur la question de la fluoruration des eaux de consommation. Quant aux actions de type *pratiques cliniques préventives*, elles ont été développées par un comité formé de la DSPE et de représentants cliniques de CLSC. Des formations sur l'intervention minimale portant sur la promotion des fruits et légumes ainsi que la marche ont été réalisées auprès d'infirmières des services de santé courants. D'autres formations du même type, portant sur la santé dentaire et le tabac, étaient envisagées.

Le cadre de référence ébauché par la DSPE de Lanaudière, en matière de promotion des saines habitudes de vie, laissait entendre que la région disposerait déjà de son propre *modèle* orientant les actions de santé publique en matière de promotion des saines habitudes de vie. On y adoptait les principales assises de l'approche préconisée dans le précédent document provincial (MSSS, 2004). Il y était question des facteurs sur lesquels devait agir une telle approche pour être efficace. Étaient mentionnés des facteurs individuels, telles des connaissances, croyances, habiletés et attitudes, ainsi que des facteurs dits *structurants*. Parmi ces derniers, on classait l'environnement physique, social, économique, politique et culturel. On précisait également que l'action devait aussi viser les différents paliers concernés (local, régional et national), et que les actions devaient être réalisées en partenariat intersectoriel.

Les professionnels des CSSS et de la DSPE identifiaient aussi cinq principes directeurs touchant : les facteurs de risque communs à plusieurs maladies chroniques, le choix d'actions visant à atteindre un maximum de personnes, la préséance donnée à l'approche populationnelle, le recours aux initiatives existantes, et un développement progressif de l'approche en fonction des besoins et des réponses des partenaires et des milieux.

Plus concrètement, en ce qui concerne la façon d'intervenir, le cadre de référence lanauois adoptait intégralement le principe du programme 0-5-30 de la DSP de la Capitale-Nationale, considérant qu'il fallait recourir à un ensemble de méthodes combinées et adaptées aux milieux visés. Parmi ces méthodes, étaient mentionnés l'action communautaire, l'éducation à la santé, l'action politique, le marketing social, le développement et le changement organisationnels, et également la communication.

Pour préciser encore la façon de faire propre à Lanaudière, les CSSS et la DSPE, s'inspirant des cadres de référence produits par d'autres régions, ont convenu d'associer le

plus possible les interventions aux compétences des acteurs issus des milieux visés (de travail, municipaux ou scolaires, notamment), de manière à favoriser leur plus grande autonomie et la mise en place de changements susceptibles d'être durables. À cette fin, on envisageait surtout de proposer à ces milieux une démarche de type « accompagnement » dans un processus comportant des phases de mobilisation du milieu, d'analyse de la situation, ainsi que de planification, de réalisation, d'évaluation et de bonification des actions, en lien avec des objectifs fixés.

Le cadre de référence lanadois décrivait également les instances ayant un rôle à jouer dans la mise en œuvre de l'approche. On y retrouvait d'abord l'équipe locale rattachée aux CSSS, composée de l'ensemble des intervenants en prévention-promotion que sont les nutritionnistes, kinésologues ou éducateurs physiques, infirmières, organisateurs communautaires, spécialistes en matière de tabagisme, hygiénistes dentaires et autres. On distinguait, en second lieu, l'équipe régionale rattachée à la DSPE. Celle-ci était formée des professionnels répondants des dossiers tabac, alimentation, activité physique, santé dentaire, pratiques préventives cliniques et habitudes de vie/maladies chroniques. En troisième lieu, la structure organisationnelle décrite comprenait aussi un comité régional de suivi ayant pour mandat de suivre l'implantation des activités et de valider annuellement les résultats attendus, les modalités d'implantation et les actions de soutien des intervenants. Y participaient le coordonnateur du service prévention-promotion de la DSPE, ainsi que les chefs de programmes des CSSS responsables des actions locales en promotion des saines habitudes de vie.

Pour compléter cette structure organisationnelle, il était prévu de mettre en place des moyens particuliers en vue d'articuler et de concerter les interventions à deux niveaux. D'une part, il s'agissait de coordonner les différents paliers d'action. D'autre part, il s'agissait de coordonner le travail entre les responsables de contenu ou de dossiers thématiques, ainsi que les professionnels concernés par les approches de promotion de la santé dites *intégratrices*, comme *École en santé*, *le développement des communautés* et *0-5-30 Combinaison Prévention*.

On retrouvait en outre, dans le cadre de référence lanadois, un tableau synoptique présentant les différentes actions éducatives et environnementales prévues aux niveaux régional et local, et priorisées à l'époque par les CSSS et la DSPE. On y distinguait celles qui étaient du ressort de chacune des organisations, ainsi que les cibles d'action et les milieux ciblés. Les cibles d'action priorisées étaient l'offre alimentaire et en particulier l'offre de fruits et légumes; la sécurité alimentaire au sens large; les activités, aménagements et équipements favorables à l'activité physique; les déplacements actifs et sécuritaires; la fumée de tabac dans l'environnement; ainsi que la fluoration des eaux de consommation. Quant aux milieux ciblés, on mentionnait les milieux de travail, municipaux, cliniques, des affaires, d'éducation et communautaires.

On peut noter que le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* décrit en détail, également sous forme de tableau synoptique, les nombreuses activités

prévues au niveau régional et liées aux activités du PNSP, en vue de modifier les facteurs environnementaux (et visant la population), puis en vue d'agir sur les facteurs individuels (actions éducatives), dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques. Des résultats attendus sont clairement présentés, un état de situation est associé à chacune des actions prévues, et les partenaires concernés sont identifiés.

Cela dit, du point de vue des acteurs concernés, soit les gestionnaires et les professionnels de la DSPE et des CSSS associés au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, au moment de la formulation du projet d'évaluation, en 2006, ceux-ci se familiarisaient progressivement avec la nouvelle approche *intégrée* ou *globale* qu'on les invitait à adopter. Pour ce faire, ils devaient maintenant rechercher une synergie entre des actions auparavant menées *en silos*, qui pouvaient viser soit la population en général, les individus consultant en milieu clinique ou les milieux de vie (environnements). Ainsi, les professionnels de la santé publique, qui avaient acquis généralement une expertise propre associée à l'une ou l'autre des problématiques concernées, étaient appelés à travailler de plus en plus en collaboration étroite les uns avec les autres ainsi qu'avec les nouveaux *intervenants habitudes de vie* des CSSS, et à modifier leur approche auprès des différents milieux d'intervention. En outre, ils étaient incités à développer ensemble des activités offertes dans les milieux de vie. L'objectif était alors de créer des environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Certaines de ces interventions visaient les populations adultes, alors que d'autres visaient plutôt les jeunes.

Finalement, au cours de l'année 2005, les activités *Focus santé*, *Bouffe Express*, *Bon air* et *Mon style de marche* ont été offertes aux entreprises lanaudoises par le biais d'une offre de service regroupée. Ces activités visaient à modifier les environnements de travail pour favoriser l'adoption de meilleures habitudes de vie en matière d'alimentation, de tabagisme et d'activité physique. Par ailleurs, les responsables du programme *Famille au jeu*, destiné au milieu municipal, visaient à *créer des environnements organisationnels favorables à l'activité physique* (Marsolais, 2006, p. 2). Il était envisagé aussi de développer en milieu municipal des interventions touchant d'autres habitudes de vie, notamment l'alimentation (Desjardins, 2007, p. 11). Toutes ces activités visaient la population adulte.

2. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

2.1 Les objectifs de l'évaluation

Le but de l'évaluation consistait à fournir de l'information utile à la planification des interventions dans l'optique de favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis par le Plan d'action régional (PAR) de santé publique et les plans d'action locaux (PAL), et de contribuer au développement progressif d'un modèle Lanaudois d'approche globale et concertée des habitudes de vie et des maladies chroniques. Pour ce faire, deux objectifs généraux ont été fixés initialement, et ils comportaient chacun des objectifs spécifiques.

1. Premier objectif général : Évaluer la réceptivité de deux types de milieux (municipal et de travail) à l'égard des services (interventions et façons de faire, dont l'offre de services) proposés et réalisés conjointement par les deux CSSS et la DSPE et visant les adultes.

- a) Mettre en évidence les principales caractéristiques des milieux d'intervention qui facilitent ou constituent un frein à leur réceptivité à l'égard des services proposés et réalisés.
- b) Identifier les principaux éléments des services proposés et réalisés qui facilitent ou constituent un frein à leur réceptivité par chacun des milieux ciblés.
- c) Identifier les principaux éléments du contexte qui facilitent ou constituent un frein à la réceptivité des milieux ciblés à l'égard des services proposés et réalisés.

2. Deuxième objectif général : Établir une base de comparaison pour être en mesure d'apprécier, à moyen terme, l'évolution de l'adoption de l'approche intégrée (globale et concertée) des habitudes de vie et des maladies chroniques dans la région de Lanaudière.

- a) Mettre en évidence les représentations de l'approche intégrée (globale et concertée) portées par les gestionnaires et les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.
- b) Identifier les éléments facilitant ou limitant l'adoption de l'approche intégrée (globale et concertée) par les gestionnaires et les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.
- c) Décrire l'actualisation de l'approche dans les pratiques développées par les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.
- d) Identifier les principales caractéristiques d'un éventuel modèle Lanaudois d'approche intégrée (globale et concertée) des habitudes de vie et des maladies chroniques.

Il faut préciser que le présent rapport d'évaluation porte exclusivement sur le deuxième objectif général. En outre, contrairement au premier objectif qui portait exclusivement sur des services visant les adultes (Poissant et Richard, 2010-1), il n'a pas paru pertinent de maintenir cette restriction pour le présent volet. En effet, les deux objets d'évaluation sont de natures différentes. Ainsi, concernant l'approche intégrée, toutes les informations fournies par les informateurs à ce sujet ont été jugées pertinentes, indépendamment du milieu d'intervention ou de la clientèle visée. D'ailleurs, les représentations ainsi que le processus d'adoption et de mise en œuvre de cette approche concernaient globalement toutes ces clientèles et tous ces milieux qui devaient être touchés tôt ou tard.

2.2 Le type d'évaluation

La démarche d'évaluation proposée se caractérise à la fois par son approche participative et par sa dimension formative.

- *Une approche participative.* L'approche participative est préconisée par le cadre de référence en évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière. L'application de cette approche signifie surtout que la démarche d'évaluation a été orientée, suivie et validée par un comité d'évaluation composé d'acteurs concernés par l'objet de l'étude. Dans le cas présent, ce comité était composé de délégués des organisations suivantes : la DSPE de l'ASSS de Lanaudière, le CSSSSL et le CSSSNL. Un protocole d'entente précisant les rôles et les responsabilités des organisations partenaires engagées dans la démarche d'évaluation a été signé par les délégués de ces organisations agissant comme membres du comité d'évaluation.
- *Une évaluation formative.* La dimension formative de l'évaluation est liée à ses deux objectifs. Dans ce cas-ci, l'étude s'est intéressée à la façon lanauoise de déployer une approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques, et potentiellement d'en développer un modèle spécifique. Elle devait servir plus précisément à documenter autant cet éventuel modèle en développement (ses caractéristiques, son contenu) que le processus même de son développement. Il s'agissait de fournir aux acteurs concernés des informations pouvant leur permettre d'ajuster peu à peu leur conception de l'approche intégrée aussi bien que leurs actions en vue de la mettre en œuvre en fonction des particularités régionales. On peut ajouter, enfin, que le type d'étude réalisée, portant sur un processus en cours, s'apparente à une évaluation d'implantation, bien que l'objet de l'étude n'était pas un modèle préexistant déjà défini. Par ailleurs, il n'était pas envisageable d'entreprendre une évaluation d'impacts ou d'effets, vu le stade préliminaire d'élaboration et de déploiement du modèle.

2.3 Le cadre d'analyse

Les données prises en compte dans ce volet de l'étude sont essentiellement de nature qualitative. Elles ont été soumises à une analyse de contenu basée sur un cadre

d'analyse comportant deux axes principaux. Le premier axe est celui des représentations, individuelles et collectives, de l'approche « intégrée » des habitudes de vie et des maladies chroniques. Le second axe est celui des pratiques en matière de promotion des saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques. La perspective de base retenue postule que les représentations et les pratiques s'influencent mutuellement, comme le font également les représentations individuelles et collectives qui teintent les pratiques.

Afin d'expliquer plus en détail cette logique d'analyse, les prochaines pages seront consacrées, d'abord, à la présentation de quelques repères théoriques concernant les représentations sociales. En second lieu, il s'agira d'exposer en quoi ces éléments théoriques entourant les représentations sociales peuvent être utiles pour aborder le possible développement d'un modèle lanauois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques. On peut noter que ces éléments théoriques seront repris systématiquement dans le chapitre consacré à la synthèse et discussion, en lien avec les principaux résultats de l'analyse. Enfin, l'articulation logique des deux volets de l'étude (modèle lanauois et réceptivité des milieux visés) sera expliquée en troisième partie.

2.3.1 Quelques repères parmi les théories des représentations sociales

Dans le vaste domaine de la recherche et de l'évaluation qualitatives, on retrouve différentes perspectives philosophiques et théoriques associées à des objets d'étude particuliers (Quinn-Patton, 2002, Massé, 1995). Les représentations sociales constituent depuis longtemps un objet d'étude dans différentes disciplines des sciences humaines recourant notamment à des méthodologies qualitatives. En effet, si la paternité de cet important concept est fréquemment attribuée au sociologue Durkheim (1898), on constate qu'il est également au cœur de réflexions théoriques et de travaux réalisés, par exemple, en psychologie sociale (Moscovici, 1961; Jodelet, 1989; Aubric, 1994; Apostolidis, 2006), en histoire (Chartier, 1989), en philosophie (Descombes, 2000), en éducation relative à l'environnement (Garnier et Sauvé, 1998-1999), en sciences religieuses (Lefebvre, 2006) et en anthropologie (Massé, 1995).   ce sujet, Jodelet affirme que ce champ de recherche entourant la notion de représentation sociale se caractérise par *trois particularités saillantes* que sont *la vitalité, la transversalité et la complexité* (1994, p. 8).

Selon Apostolidis (2006), qui se réfère alors à Moscovici (1984), la théorie des représentations sociales constituerait, du moins dans le champ de la psychologie sociale, une véritable *théorie paradigmatique*. Autrement dit, elle se présenterait comme un modèle cohérent de vision du monde reposant sur un courant de pensée comportant ses propres lois.

2.3.1.1 Définition et complexité du concept

Dès l'introduction de son ouvrage portant spécifiquement sur les représentations sociales, Mannoni (2006, p. 7-8) pose d'emblée que la définition de ce concept est *problématique*, et que c'est *un bien ambitieux projet que de traiter de nos jours des représentations*. Il mentionne à cet égard *l'extension considérable de la notion*, ainsi que *ses relations multiples et diverses jouant à plusieurs niveaux avec d'autres notions ou concepts*, et également *la multiplicité des disciplines susceptibles d'être intéressées par le sujet*.

Jodelet a proposé une définition de base de la représentation sociale citée ensuite par d'autres auteurs. Selon elle, il s'agit d'*une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* (*ibid.*, p. 7). Différents éléments de précision se greffent à cette définition minimaliste, soulignant les multiples aspects qui ont intéressé les chercheurs. Ils mettent en évidence la complexité de la notion déjà mentionnée. Pour l'auteure :

On reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. De même interviennent-elles dans des processus aussi variés que la diffusion et l'assimilation des connaissances, le développement individuel et collectif, la définition des identités personnelles et sociales, l'expression des groupes, et les transformations sociales. (ibidem)

Pour leur part, Garnier et Sauvé considèrent qu'une représentation comporte notamment *des éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc.* Il s'agit, selon eux, d'un *univers symbolique, culturellement déterminé, où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc.* (Garnier et Sauvé, 1998-1999, p. 66).

Ces derniers auteurs citent aussi Rouquette (1994, p. 168), pour qui la représentation *tient à la fois du savoir, de la théorie, de la croyance et de l'attitude*. De leur point de vue, elle *résume une certaine expérience du monde qui ne se dissocie pas de son interprétation; elle exprime un système de valeurs et commande la mise en œuvre d'une éthique; elle absorbe le passé pour organiser l'avenir*. En fait, on la retrouverait à *chaque instant de la vie quotidienne, mais aussi là où on l'attendait le moins, dans le discours scientifique par exemple*.

Pour Jodelet (*ibid.*, p. 11-12), l'étude de la notion de représentation sociale doit tenir compte de cette complexité qui la caractérise, comme elle caractérise souvent *les phénomènes qu'elle permet d'aborder*. En outre, la notion occuperait une *position mixte, au carrefour de concepts sociologiques et de concepts psychologiques*. L'auteure explique la nécessité d'aborder ces deux volets.

Par ailleurs, Garnier et Sauvé affirment que les représentations sociales se situent *au carrefour entre l'individuel et le social*, et qu'elles sont *le fruit de deux dynamiques combinées*. Ainsi, pour ces auteurs, on trouve dans les représentations que porte un individu *des éléments socialement construits et partagés au sein de son principal groupe d'appartenance* et aussi d'autres éléments *liés à son histoire de vie personnelle*. Ainsi, les représentations seraient à la fois *déterminées par le sujet lui-même, par le système social et idéologique dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec le système social*. (Abric, 1989, cité par Garnier et Sauvé, 1998-1999, p. 68)

D'après Mannoni (2006, p. 121-122), qui référerait à Jodelet (1989), les représentations sociales sont des *objets socialement construits* qui, en retour, *participent à la constitution du social qui les a produits*. Pour les étudier, il faudrait tenir compte d'*éléments affectifs, mentaux et sociaux*. Il faudrait intégrer aussi les dimensions *de la cognition, du langage et de la communication*, et celle *des rapports sociaux*.

En conséquence de leur grande complexité, les représentations sociales sont étudiées sous différents angles, avec les outils conceptuels et méthodologiques de différentes disciplines. Elles sont considérées à la fois comme des produits et des processus. Bien que portées par des individus, elles sont socialement construites, mais pas pour autant consensuelles. Au contraire, elles sont *porteuses de différences interindividuelles* qui intéressent également les chercheurs (Garnier et Sauvé, *ibid.*, p. 68).

Enfin, on peut ajouter que les représentations sociales ne sont pas statiques, mais dynamiques. Ainsi, elles se construisent, évoluent, se déconstruisent, se reconstruisent *au cœur de l'interaction avec l'objet appréhendé, alors même que l'interaction avec l'objet est déterminée par la représentation que le sujet en construit*. On parle ainsi de *liens dialectiques entre la représentation et l'agir*, beaucoup étudiés, notamment, dans le domaine de l'éducation. (*ibid.*, p. 66)

2.3.1.2 Représentations sociales et savoirs

Les représentations sociales sont souvent assimilées à du « savoir de sens commun ». S'agit-il pour autant d'un type de connaissance de moindre valeur, par exemple, que le savoir scientifique? Sûrement pas, puisqu'elles occupent une grande place *dans la vie mentale des individus aussi bien que des groupes*, et seraient même *constitutives de notre pensée* (Mannoni, 2006, p. 6).

Au départ, on retrouve une relation particulière entre la représentation et la réalité, relation que Bézille-Lesquoy (2003, p. 66) qualifie d'*ambiguë*. Selon elle, *l'emprise de la représentation est d'autant plus grande qu'elle se donne pour la réalité*, si bien qu'*à travers la représentation, il nous arrive de considérer comme réel ce qui est une construction sociale ancrée dans une histoire* (ibid., p. 63). Plus encore, Mannoni (2006, p. 70) va jusqu'à affirmer : *Il n'est, en somme, de réalité, que ce soit pour l'individu ou pour le groupe, que pour autant qu'elle a valeur de représentation pour l'individu ou le groupe.*

Mannoni (2007, p. 7) présente sa conception des distinctions entre le savoir scientifique et la *connaissance vulgaire* associée aux représentations sociales. Selon lui, ces dernières privilégieraient *la congruence psychologique par rapport à la cohérence logique*, et elles auraient tendance à *faire passer l'efficience affectivo-cognitive avant l'efficacité théorico-scientifique*. Il y aurait ainsi, dans les représentations sociales, des éléments d'*irrationnel*, parce qu'elles seraient *issues d'une pensée plus spontanée et plus naturelle que la pensée philosophique ou scientifique, et qui vivrait son rapport au monde sans obsession d'exactitude ou de conformité*.

Dans le même sens, Bonardi et ses collaborateurs (1998, p. 14, cité par Roussiau et Bonardi, 2001, p. 16) expliquent qu'une représentation *ne s'érige pas forcément sur une base informative conséquente*, car les *manques au niveau du savoir* seraient comblés par *des mécanismes d'inférence*. De leur point de vue, on prend généralement pour acquis que *le niveau d'information des sujets à propos d'un objet n'a besoin ni d'être élevé ni surtout d'être objectif*.

Moscovici, cité par Mannoni (ibid., p. 48), a montré comment *la représentation sociale transforme le savoir de type scientifique en un savoir de sens commun (et réciproquement)*. Mannoni en déduit que les connaissances de sens commun revêtent une importance instrumentale, car elles *permettent à tous les membres d'un groupe de parler le même*

langage, c'est-à-dire de recourir au même capital cognitif (...) favorisant les échanges entre les acteurs sociaux et régulant leurs rapports.

2.3.1.3 Représentations sociales, expérience vécue et pratique sociale

Dans un article plus récent, Jodelet (2006, p. 33) s'est intéressée aux liens possibles entre les représentations et l'expérience vécue. Son analyse de cette relation l'a amenée à conclure que l'expérience, considérée à la fois dans ses dimensions psychologiques et sociales, *ne peut s'analyser qu'à partir des cadres fournis par les systèmes de représentation en vigueur dans une sphère sociale et culturelle donnée.*

En fait, l'expérience vécue dans la vie quotidienne apparaît *déterminée par une motivation pragmatique*, idée que Jodelet emprunte à Schütz. Ainsi, l'expérience serait une *praxis transformatrice*, une sorte d'attitude naturelle portée vers la transformation du monde (*ibid.*, p. 19). Une autre idée intéressante transmise par Schütz concerne la façon dont les changements sont intégrés et compris dans le cadre de l'expérience de vie. Jodelet explique que : *l'interprétation des situations nouvelles consiste en leur intégration et leur adéquation à un contexte de sens disponible, implicite, mais pré-donné.* À son avis, il y a donc *place ici pour les représentations sociales comme fondant (...) les interprétations faites du monde vécu dans l'ici et maintenant de l'expérience de vie quotidienne.* (*ibid.*, p. 20)

D'autres auteurs (mentionnés par Mannoni, 2006, p. 64) se sont penchés sur les liens entre les pratiques sociales et les représentations sociales. Parmi eux, Flament soulignait qu'une représentation *peut être modifiée sous l'action d'une pratique sociale.* Inversement, pour Ibanez (1989), *les pratiques peuvent se ressentir du changement qui affecte certaines représentations sociales, ou de l'apparition de nouvelles.* Également, selon Rouquette (1994), les représentations iraient jusqu'à *conditionner l'action et la canaliser dans ses fins autant que dans ses modalités.*

Pour sa part, l'anthropologue Laplantine (1989, cité par Roussiau et Bonardi, 2001, p. 61-62) considère que *le champ de l'action* est un des trois domaines principaux sur lesquels il faut, dans le cadre de recherches portant sur les représentations, *s'appliquer à démontrer les liens entre l'individuel et le social.* Selon lui, en effet, une représentation serait génératrice de comportements. Les deux autres domaines privilégiés sont *le champ de la connaissance* et *le champ de la valeur.*

Entre les représentations et les pratiques (ou l'action ou l'expérience vécue), des éléments intermédiaires ont attiré l'attention de certains

auteurs. On peut mentionner par exemple, outre les informations et connaissances, les croyances et l'idéologie. Ainsi, Ibanez (1989, p. 45, cité par Roussiau et Bonardi, 2001, p. 195) affirmait : *Nous ajustons nos croyances à ce que nous faisons réellement pour pouvoir continuer à penser que ce que nous faisons correspond à ce que nous croyons.*

2.3.1.4 Représentations et pratiques professionnelles

Plus près de nous et de l'objet de la présente étude, Bilodeau (2004) a étudié, dans le cadre d'une maîtrise en Sciences de l'activité physique, *Les représentations sociales que se font les kinésologues de leur pratique professionnelle*. La pratique professionnelle est, bien sûr, un type assez spécifique de pratique sociale. L'auteur l'aborde comme un *modèle professionnel* en construction. De son point de vue, il est *très approprié* d'avoir recours à la théorie des représentations sociales pour étudier la construction de ce modèle ainsi que *l'évolution des représentations au cours du processus de professionnalisation*. Il en fait la démonstration en s'appuyant sur plusieurs théoriciens, dont Abric. Comme Giroux et Garnier qu'il cite (2001), il retient d'Abric le *système sociocognitif contextualisé* qui attribue quatre fonctions aux représentations sociales. Ces quatre fonctions, qui apparaissent utiles à ces trois auteurs pour étudier le processus de professionnalisation, sont :

1) une fonction cognitive (incluant valeurs personnelles, valeurs professionnelles et connaissances disciplinaires), 2) une fonction identitaire (incluant l'émergence et le maintien de l'identité sociale ainsi que la construction de l'identité professionnelle), 3) des fonctions d'orientation et de guidage (incluant les dimensions normatives et descriptives associées aux comportements et aux pratiques) et 4) des fonctions justificatrices (incluant les prises de position et les comportements collectifs et individuels dans l'exercice professionnel). (Bilodeau, 2004, p. 9)

Bilodeau (2004, p. 9-10) s'appuie également sur des auteurs qui ont accordé de l'importance aux liens entre les représentations sociales et la communication dans la pratique professionnelle. Il mentionne ainsi Bataille et al. (1997), selon lesquels un acteur social agissant comme professionnel scientifique serait *capable d'activer soit une représentation sociale soit une théorie scientifique selon le contexte d'interlocution* quand il est en situation de discuter de son domaine de pratique avec une autre personne. Il cite également Blin (1997) qui situe la communication parmi les interactions se déroulant dans la pratique quotidienne. Pour ce dernier, les représentations professionnelles seraient *des représentations sociales élaborées dans l'action et la*

communication professionnelle. Elles seraient, de plus, spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles. (ibidem)

Bilodeau souligne également qu'un écart est souvent observé *entre la réalité du terrain et les contenus théoriques enseignés dans les programmes de formation universitaire*. À ce sujet, il fait référence à Teiger (1993) pour qui :

L'interaction entre leurs connaissances empiriques et les connaissances scientifiques des spécialistes (de terrain) permet un travail de déconstruction-reconstruction des représentations qui aboutit à un changement de regard sur le contenu de l'expérience.

Par ailleurs, Bilodeau (2004) s'est appuyé sur Moliner (1993) pour démontrer, au départ, que cette pratique professionnelle spécifique pouvait constituer *un objet de représentations* (2004, p. 29). Pour ce faire, il a mis en évidence le fait que cet objet répondait aux quatre conditions jugées essentielles par Moliner, ou qu'il présentait une réponse viable à chacune des quatre questions posées par cet auteur : *Quels objets de représentation? Pour quels groupes? Avec quels enjeux? Par rapport à qui?* (ibid, p. 23). En réponse à la première question, il était possible d'étudier avec cette approche théorique des pratiques et situations sociales comme en suppose une pratique professionnelle. En deuxième lieu, la kinésiologie constituait une discipline professionnelle en constante évolution, portée par *un groupe d'individus défini* appelés à construire *par internalisation et par appropriation* ainsi que par le biais des *interactions sociales* entre eux, une représentation de leur discipline. Troisièmement, des enjeux d'identité et de cohésion sociale pouvaient être identifiés en lien avec la pratique professionnelle de la kinésiologie. Ceux-ci étaient stimulés notamment par *l'irruption de la nouveauté* que constituait dans ce cas la sanction, en 2002, de la Loi 90 prévoyant *un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé* (ibid., p. 25, 26 et 3). Enfin, les représentations sociales de chacun des groupes sociaux concernés par la kinésiologie, soit les kinésioles, la population, les autres professionnels de la santé et le gouvernement, étaient susceptibles d'*entrer en conflit les unes avec les autres*, ce qui référait *aux fonctions et à la dynamique sociale des représentations* étudiées par Jodelet (1989, p. 35).

Enfin, Bilodeau s'est basé également sur d'autres éléments théoriques pour déterminer que la pratique professionnelle de la kinésiologie semblait *offrir matière à certaines représentations sociales chez ses*

pratiquants. Selon lui, en effet, cet objet manifestait une pluralité de représentations, associées à la polysémie des définitions et des prises de positions des différents membres d'un groupe (les kinésiologues). De plus, l'auteur considérait que ce serait à partir de la communication entre les membres de ce même groupe qu'allaient évoluer les représentations sociales qu'ils se font de leur propre pratique professionnelle (ibid., p. 29).

2.3.1.5 Représentations et identité, individuelle et collective

Des auteurs se sont également penchés sur les liens entre les représentations sociales et l'identité, individuelle et collective. Bézille-Lesquoy (2003, p. 57-58), dans son étude sur les pratiques et les représentations de l'autodidaxie, explique comment l'identité de la personne autodidacte est associée aux représentations sociales entourant ce phénomène particulier. Selon elle, d'abord, les représentations sociales *jouent un rôle de premier ordre dans la constitution, le maintien ou la remise en question des identités collectives et individuelles. À son avis, elles peuvent notamment servir à des fins défensives, de justification, ou d'affirmation identitaire, étant donné qu'elles sont au cœur des processus de communication. Elles pourraient, en outre, être utilisées pour influencer autrui, à des fins manipulatoires ou encore être mises au service de diverses formes de résistances individuelles et collectives.*

La même auteure (*ibid.*, p. 61) résume aussi comment l'approche psychosociologique aborde les liens entre représentations sociales et identité. À travers son sujet de l'autodidaxie qui sert d'illustration, elle explique notamment comment la définition de soi, associée aux représentations sociales, peut se présenter comme étant positive ou négative, selon que l'individu vise à fondre son identité dans celle du groupe ou à s'en distinguer. Ainsi, le fait d'être désigné autodidacte pourrait *nourrir un sentiment de non-conformité et de non-légitimité des savoirs acquis. Mais cette non-conformité pourrait aussi être revendiquée dans une volonté de singularisation et de différenciation. Dans un cas comme dans l'autre, la représentation agirait comme un cadre de référence à partir duquel je me définis moi-même dans la relation au savoir et, au-delà, à moi-même et aux autres.*

Bézille-Lesquoy (*ibid.*, p. 59) souligne également comment les représentations sociales et les processus identitaires ne se présentent pas de la même façon dans les sociétés traditionnelles et les sociétés modernes. Se référant à Durkheim à qui on attribue, rappelons-le, la paternité du concept de représentation, l'auteure met en évidence la

complexité des processus de socialisation et de définition de l'identité individuelle et collective. Elle explique notamment que, dans les sociétés modernes, les représentations sociales s'articulent dans une perspective dynamique reliant trois niveaux : *celui de la société globale, celui des groupes, celui des personnes*. Selon elle :

Les représentations auxquelles se réfère une personne ou un groupe pour se définir, se situer par rapport à d'autres personnes ou d'autres groupes, ou porter un jugement, peuvent être considérées comme le produit, la synthèse que personnes et groupes opèrent entre plusieurs registres de représentations qui peuvent être conflictuels, contradictoires; les représentations héritées, transmises par la mémoire collective, peuvent être contredites par les représentations construites au fil de l'expérience sociale de chacun ou d'un groupe particulier. (ibid., p. 59)

2.3.1.6 Représentations et contexte social

Les représentations sociales apparaissent toujours intimement associées au contexte social et historique, et aux visions du monde qui prévalent. En fait, selon Bézille-Desquoy (2003, p. 61-62), toute représentation est nécessairement intégrée à *un système de représentations* et, ensemble, celles-ci *fonctionnent comme système d'idées, de pensées, d'interprétations, de croyances, d'explications*. À son avis, ce système éclairerait *la signification d'une représentation*, et il ne pourrait être *bousculé impunément*. Utilisant son exemple de l'autodidaxie, l'auteure explique que la figure de l'autodidacte *s'intègre à un système de représentations du « rapport au savoir » qui a cours dans un contexte sociohistorique donné*. Et elle précise que ce système de représentations est *constitué d'éléments de représentations valorisées ou à l'inverse dévalorisées dans ce contexte*.

De même, Roussiau et Bonardi (2001, p. 27), citant Codol (1984), affirment que : *L'objet de représentation ne l'est pas de par sa seule nature, il l'est pour un temps, une culture, un groupe donnés*. Il s'ensuit que les représentations sociales, comme les contextes socio-historiques, évoluent et se transforment. On l'a souligné précédemment, elles ne sont pas statiques, en dépit du fait que le système de représentations qui nourrissent notre vision du monde *ne peut être bousculé impunément*. Roussiau et Bonardi mentionnent à cet égard que *l'objet de représentation est, à un moment donné, un enjeu social plus ou moins important pour un groupe d'individus*. Toutefois, étant donné que les enjeux sociaux *se construisent, se ravivent ou s'estompent*, en conséquence, *de nombreux faits ou événements (donc des objets de*

représentations) sont pertinents sur une période donnée, plus ou moins longue. (ibid., p. 26-27)

2.3.1.7 Intériorisation des représentations

Le processus par lequel les individus intériorisent les représentations sociales est également intéressant. Cette intériorisation découle de la nature particulière des représentations sociales, qui constituent, selon Jodelet (1994, p. 7) :

des phénomènes cognitifs (qui) engagent l'appartenance sociale des individus avec des implications affectives et normatives, avec les intériorisations d'expériences, de pratiques, de modèles de conduites et de pensée, socialement inculqués ou transmis par la communication sociale, qui y sont liés.

Pour sa part, Bézille-Lesquoy (2003, p. 58-59) réfère à Durkheim et à Bourdieu pour expliquer le processus d'intériorisation de ces *formes mentales partagées, intériorisées, qui s'imposent à l'individu, et sont le vecteur de transmission des normes et des valeurs*. De Durkheim, elle retient que les représentations ont *une emprise inconsciente sur le comportement de chacun*. De plus, à travers cette emprise inconsciente qu'elles exercent, elles assureraient *une communauté de point de vue* et elles constitueraient rien de moins que *le ciment du lien social*. Quant à Bourdieu, l'auteure présente ainsi son apport à la compréhension des processus inconscients d'intériorisation et de transmission des représentations collectives :

Ces représentations nous permettent d'incorporer les valeurs propres aux groupes dans lesquels nous nous reconnaissons et auxquels nous nous identifions. Elles sont traduites en « habitus » qui organisent et orientent, à notre insu le plus souvent, nos comportements, nos goûts, nos manières de faire et d'agir. L'habitus constitue donc cette partie intégrée de l'emprise du social. Il a ce pouvoir de faire appel inconsciemment à des principes et des modèles de classification intériorisés, qui nous permettent d'organiser notre monde et de lui donner un sens. (ibidem)

Enfin, à propos de son objet d'étude, la figure de l'autodidacte, Bézille-Lesquoy (*ibid.*, p. 60-61) souligne comment l'intériorisation des représentations est aussi celle de normes sociales, et comment elle peut se traduire par des effets positifs ou négatifs sur l'identité :

Aujourd'hui, un certain consensus prévaut chez les psychosociologues pour considérer les représentations sociales comme un point de vue sur la réalité produit par un système d'interprétation de celle-ci. Ce filtre interprétatif est fonction de l'inscription sociale de la personne, de ses expériences et des résonances affectives et normatives issues de l'intériorisation de ces expériences. Ces différents éléments conduisent à intérioriser, avec les représentations, des modèles de conduite et de pensée. Ainsi, la construction disqualifiante de la figure de l'autodidacte invite à prendre le chemin de l'école. La représentation idéalisée du self-made-man invite à faire confiance dans le potentiel formatif du travail et de l'expérience pratique plus généralement.

2.3.2 Des représentations d'une nouvelle approche à sa mise en pratique

Loin d'avoir épuisé toutes les ressources du paradigme théorique des représentations sociales, les quelques repères présentés à la section précédente mettent tout de même en évidence différents éléments de cet ensemble théorique foisonnant susceptibles d'éclairer la présente étude. Il s'agit maintenant de préciser en quoi il est apparu pertinent d'utiliser ces balises dans le cadre de ce volet de l'étude lié au deuxième objectif poursuivi.

D'abord, est-il justifié d'aborder l'adoption d'une nouvelle approche d'intervention comme un objet de représentation sociale? Au premier abord, l'aventure peut sembler bien téméraire, puisqu'aucun précédent n'a été repéré dans la littérature concernant les représentations sociales. Cela dit, l'étude de Bilodeau (2004) fournit un premier éclairage intéressant à ce sujet. En effet, si on se réfère, comme lui, aux quatre questions déterminantes posées par Moliner, les réponses obtenues pourraient être les suivantes :

1. **A-t-on des objets de représentation?** Oui, comme la pratique professionnelle de la kinésiologie, l'adoption de la nouvelle approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques est associée à des *pratiques en situation sociale*.
2. **Pour quels groupes?** Les acteurs lanaudois concernés par l'adoption de la nouvelle approche (gestionnaires et intervenants) constituent un (ou deux?) *groupe/s d'individus définis*, appelés à construire *par internalisation et par appropriation* ainsi que par le biais des interactions se déroulant entre eux, un éventuel modèle lanaudois de l'approche qu'ils étaient invités à adopter.
3. **Avec quels enjeux?** Comme pour la pratique professionnelle de la kinésiologie, on peut s'attendre à dégager, de la situation à l'étude, des enjeux d'identité et de cohésion sociale, étant donné qu'au départ, les

gestionnaires et intervenants Lanaudois concernés par l'adoption de la nouvelle approche avaient choisi de se l'approprier à leur façon.

4. **Par rapport à qui?** La façon Lanaudoise de s'approprier la nouvelle approche suppose que d'autres groupes semblables assumant des fonctions similaires dans d'autres régions sociosanitaires québécoises pouvaient avoir procédé autrement en réponse à la même directive provinciale. D'autres groupes pourraient également être en interaction avec le groupe Lanaudois de gestionnaires et d'intervenants concernés, soit les fonctionnaires provinciaux responsables de l'invitation à adopter cette approche, ainsi que les milieux ciblés par les interventions. Il était donc possible que les représentations sociales de chacun de ces groupes *entrent en conflit les unes avec les autres*.

On peut alors conclure à la pertinence d'aborder avec l'éclairage théorique des représentations sociales l'adoption de l'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques par les gestionnaires et intervenants Lanaudois concernés. Cela dit, les éléments de théorie précédemment résumés permettent aussi d'aborder cet objet d'étude en tenant compte de plusieurs facteurs, parmi lesquels on peut retrouver les suivants :

1. Parmi le groupe des acteurs concernés, les identités individuelles et collectives sont susceptibles de donner lieu à des représentations qui ne seront pas nécessairement identiques, puisque chacun aura tendance naturellement à traduire le contenu de l'approche à partir de sa propre expérience, de son propre bagage théorique et de sa propre pratique antérieure, sans compter des considérations d'ordre affectif.
2. Le savoir des acteurs concernés à propos de l'approche à adopter sera probablement composé d'éléments de sens commun aussi bien que de contenu scientifique.
3. Les échanges et la communication entre les membres du groupe pourraient conduire éventuellement à la construction d'une représentation commune de la nouvelle approche à adopter.
4. L'identité collective du groupe des acteurs Lanaudois concernés pourra être déterminante dans leur façon d'aborder ensemble la nouvelle approche et, en même temps, le fait d'avoir à définir ensemble cette nouvelle approche sera susceptible de renforcer leur identité collective.
5. Les pratiques nouvelles, qui pourraient avoir été développées pour se conformer à la nouvelle approche proposée, seront sans doute teintées des représentations individuelles et collectives de l'approche.

6. La réaction des acteurs lanaudois concernés à l'égard de l'approche qui leur a été proposée pourra témoigner en même temps du type d'inscription qu'ils privilégient à l'égard d'une certaine norme sociale véhiculée notamment à partir de l'instance provinciale de la santé publique.
7. Le contexte social (aux niveaux provincial, régional et local) prévalant au moment où les acteurs lanaudois concernés ont été invités à adopter la nouvelle approche a sans doute eu une influence sur la façon dont ils ont reçu cette invitation et sur la façon dont ils choisissent de se l'approprier.

Bref, on pouvait s'attendre à ce que l'étude mette en évidence, en s'appuyant sur le paradigme théorique des représentations sociales, la complexité du processus d'appropriation de mise en œuvre de l'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques par les acteurs lanaudois concernés. L'analyse des résultats permettra d'aborder, en premier lieu, ce processus en fonction de trois principales dimensions : la définition de l'approche (les représentations individuelles et collectives portées par les acteurs), son appropriation par les individus et le groupe, puis son actualisation dans les pratiques (comment les pratiques déjà développées sont transformées ou non pour se conformer à l'approche proposée). Par la suite, le « verdict » quant à l'existence ou non d'un modèle proprement lanaudois de la nouvelle approche sera posé, dans une discussion globale des résultats précédemment présentés et de leurs interrelations.

2.3.3 Articulation entre les deux volets de l'étude

Outre la façon dont sera abordée l'analyse du processus d'appropriation de l'approche intégrée par les acteurs lanaudois concernés, à la lumière du paradigme théorique des représentations sociales, le cadre d'analyse est également le lieu privilégié où expliquer comment les deux volets de l'étude sont logiquement articulés.

Il est utile de rappeler ici qu'à l'origine de la présente étude évaluative, les acteurs lanaudois de la promotion des saines habitudes de vie de la DSPE et des deux CSSS avaient souhaité obtenir surtout un éclairage sur la façon dont les milieux visés par les interventions recevaient les offres de service qui leur étaient adressées. Toutefois, étant donné que ces offres de service avaient été modifiées en vue de s'adapter à la nouvelle approche proposée, elles représentaient ainsi un élément-clé dans le processus d'appropriation de cette approche par les acteurs lanaudois concernés. Autrement dit, il fallait considérer que les informations qui seraient collectées, sur la réceptivité des milieux visés à des interventions leur étant proposées autrement que par le passé, seraient nécessairement influencées (du moins en partie) par le contexte incitant les acteurs régionaux de la promotion des saines habitudes de vie à adopter la nouvelle approche.

Le schéma de la logique d'analyse présenté à la figure 2 illustre, d'une façon simplifiée, l'articulation des deux volets de l'étude. Il montre notamment où se situe le volet de la réceptivité des milieux par rapport au processus d'appropriation d'une nouvelle approche par les acteurs concernés, soit les gestionnaires et les intervenants oeuvrant à la promotion des saines habitudes de vie. Toutefois, il ne tient pas compte des mécanismes complexes et des différents facteurs à l'œuvre (à toutes les étapes), dans les interactions entre les représentations et les pratiques abordés à la section précédente de ce rapport.

Pour expliquer brièvement ce schéma, on note d'abord que, lors de l'introduction de la nouvelle approche, les acteurs lanaudois avaient déjà développé un ensemble de pratiques (activités et façons de faire), afin d'intervenir dans des milieux visés pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir l'apparition de maladies chroniques.

En second lieu, l'introduction de la nouvelle approche a nécessairement suscité des réactions, individuelles et collectives, chez les acteurs lanaudois concernés. On sait déjà que, collectivement, ils ont opté pour préserver leurs acquis, tout en tentant de s'adapter à la nouvelle approche. Ils n'ont donc pas adopté le modèle d'intervention développé par la région de la Capitale-Nationale et promu par l'instance provinciale en même temps que l'approche dite « intégrée ». Les rapports individuels et collectifs des acteurs lanaudois concernés à l'égard de la nouvelle approche sont nécessairement médiatisés par des représentations, également individuelles et collectives. Celles-ci sont complexes et surtout pas statiques, rappelons-le.

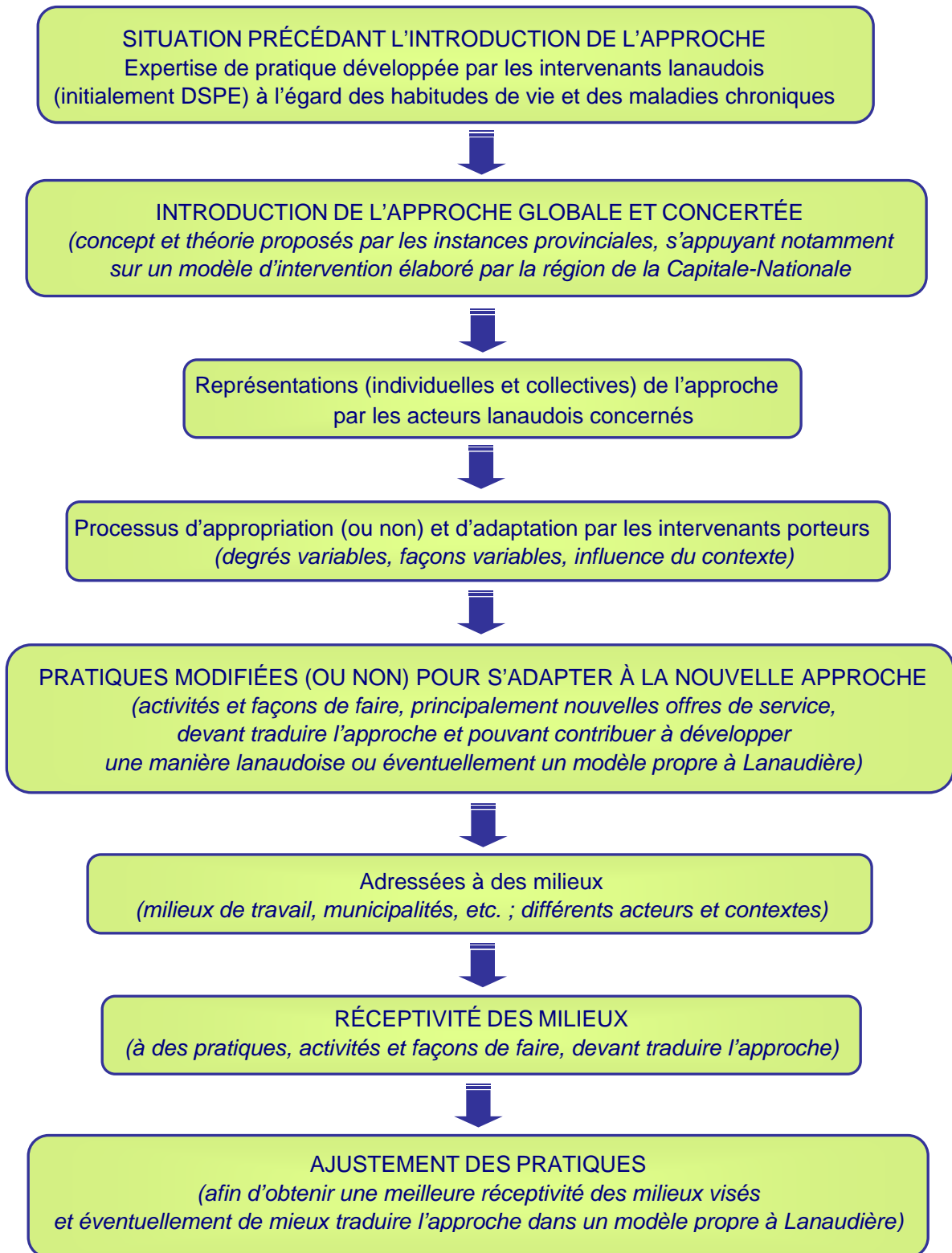
En troisième lieu, on s'interroge sur la modification des pratiques. On sait qu'au moins un élément de celles-ci a été modifié dans le processus d'adaptation à la nouvelle approche. Il s'agit des offres de service, une façon de faire centrale pour inviter les milieux visés à participer aux interventions proposées. L'étude s'est aussi penchée sur les autres transformations des pratiques susceptibles d'avoir été développées dans le processus d'appropriation de la nouvelle approche.

À la quatrième étape, on retrouve la réceptivité des milieux aux services proposés (activités et façons de faire, dont les offres de service). Celle-ci peut dépendre autant des pratiques proposées, que des milieux eux-mêmes et du contexte. Un élément de contexte important est le fait que cette réceptivité a été évaluée à un moment-clé du début de l'appropriation officielle de la nouvelle approche. Les offres de service avaient été modifiées. En conséquence, la réceptivité des milieux était très probablement influencée par cette situation et par les représentations des acteurs à l'égard de la nouvelle approche. Les pratiques ayant conduit à la réceptivité évaluée sont en partie le résultat d'expérimentations. Pour ces raisons, il est nécessaire de relativiser les résultats obtenus dans cet autre volet de l'étude, du moins certains d'entre eux.

Après l'évaluation, on pourrait s'attendre à ce que de nouvelles transformations dans les représentations et l'appropriation de l'approche, ainsi que dans les pratiques associées, conduisent à une réceptivité différente, possiblement améliorée, des milieux visés aux activités qui leurs sont proposées en matière de promotion des saines habitudes de vie.

Bref, approche, pratiques et réceptivité des milieux ont été considérées dans cette étude comme étant trois dimensions interreliées, dont l'amalgame dans un contexte particulier est susceptible de donner lieu au développement d'un modèle lanauois de l'approche.

FIGURE 2
SCHÉMA DE LA LOGIQUE D'ANALYSE



3. MÉTHODOLOGIE

L'étude évaluative qui fait l'objet de ce rapport a été réalisée conformément à la *Proposition d'évaluation* adoptée par le comité d'évaluation (Poissant, 2007). Cette partie du rapport, consacrée aux aspects méthodologiques de la démarche d'évaluation, reprend les balises prévues à ce sujet et les précise en y ajoutant des éléments se rapportant au déroulement réel de la démarche.

Il faut rappeler, toutefois, que cette partie porte essentiellement sur les aspects de la méthodologie qui concernent le volet de l'étude consacré à l'adaptation lanauchoise de l'approche intégrée (globale et concertée) des saines habitudes de vie et des maladies chroniques.

La démarche d'évaluation, pour ce volet, était basée sur une approche qualitative et le recours à trois méthodes de recherche, utilisées de façon combinée et complémentaire, dans une optique de triangulation. La triangulation, précisons-le, est une stratégie visant à renforcer une recherche par le recours à une combinaison de méthodes. Selon Brewer et Hunter (1989, p. 17), cités par Quinn Patton (2002, p. 248), cette stratégie s'appuie sur un ensemble de méthodes dont les faiblesses ne devraient pas se superposer, alors que les forces respectives pourraient se compléter. Bien sûr, les résultats obtenus avec ces différentes méthodes pourraient mettre en évidence certaines contradictions. Plutôt que de remettre en question la crédibilité des résultats, ces apparentes contradictions fournissent un éclairage supplémentaire en les nuancant, et elles permettent ainsi d'approfondir la compréhension de l'objet d'étude.

On peut noter que, selon Apostolidis (2006, p. 8), la triangulation des méthodes et des données est particulièrement adaptée à l'étude des représentations sociales. S'appuyant sur Moscovici, l'auteur précise qu'à son avis :

En tant que stratégie de recherche inductive, elle paraît appropriée à la spécificité épistémologique des représentations sociales, théorie paradigmatique, à visée explicative générale et à portée prédictive seulement locale (Moscovici, 2001), s'intéressant à un ensemble de phénomènes ipso facto complexes et déterminés par l'interdépendance dynamique des facteurs psychologiques, relationnels et sociaux.

Dans le présent volet de l'évaluation, la méthodologie comportait trois étapes successives de collecte de données, chacune associée à une méthode particulière : la recherche documentaire, l'entrevue individuelle et le groupe de discussion.

3.1 La recherche documentaire

La recherche documentaire visait essentiellement à bien cerner le contexte général (provincial, régional et local) de la mise en œuvre des interventions. L'information a été puisée à diverses sources, notamment les publications sur le sujet produites par le MSSS et les DSP régionales (cadres de référence, bilans, rapports d'évaluation, portraits statistiques, documents d'orientation tels le PNSP et les PAR, etc.), notamment celle de Lanaudière.

3.2 L'entrevue individuelle

La collecte de données sur le terrain a d'abord été réalisée par le moyen d'entrevues individuelles semi-dirigées. Cette méthode combinait la rigueur de l'entrevue dirigée basée sur un cadre d'entrevue préétabli (identification de thèmes précis que l'on souhaitait toucher) et la souplesse de l'entrevue non dirigée (une certaine liberté étant accordée dans l'ordre dans lequel les thèmes étaient abordés, selon le fil *naturel* de la conversation). Elle a permis de recueillir, auprès d'informateurs-clé choisis parce qu'ils étaient des acteurs directement concernés par les objets de l'étude, des informations *tant objectives que subjectives qui pouvaient être utiles à cette étude*⁷.

Les informateurs-clés visés étaient des intervenants et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux concernés par le développement du modèle lanauois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques (à la DSPE et dans les deux CSSS lanauois).

Un nombre total de onze entrevues ont été réalisées au printemps 2007 (mai et juin). Les membres du comité d'évaluation ont pris part à la sélection des informateurs. La plupart d'entre eux ont d'ailleurs fait partie de ces informateurs. Plus précisément, l'échantillon comprenait trois gestionnaires ainsi que huit intervenants⁸ employés, selon les cas, par la DSPE ou l'un des deux CSSS de la région.

Les entrevues ont porté sur les deux objets de l'évaluation. En premier lieu, il a été question du modèle lanauois en développement d'approche globale et concertée des habitudes de vie et des maladies chroniques. La deuxième partie de l'entrevue portait sur la réceptivité des milieux visés à l'offre de service qui leur était adressée⁹.

Chacune des rencontres s'appuyait sur un même guide d'entrevue construit par l'agente de recherche responsable de l'étude. Cet outil de collecte de données avait été soumis au comité d'évaluation pour être bonifié et validé avant d'être utilisé sur le terrain

⁷ M.A. Tremblay, 1968, et P. Minon, 1959, cités par Robert Mayer et Francine Ouellet, dans *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Gaëtan Morin éditeur, 1991, p. 307 et 308.

⁸ Notons que, dans le cadre de l'analyse, un des intervenants de la DSPE a été considéré comme un gestionnaire, en raison du rôle particulier qu'il jouait en tant que chef d'équipe des professionnels en saines habitudes de vie.

⁹ Voir à ce sujet Richard et Poissant (2010).

(annexe 1). Il permettait d'aborder deux grands thèmes (l'approche et les pratiques), et quatre sous-thèmes (la définition et l'adoption de l'approche, les pratiques avant et après la mise en œuvre de l'approche), par le moyen d'une douzaine de questions type. Chacune des entrevues a duré environ une heure et demie.

Le contenu des entrevues a été enregistré sur bandes magnétiques. Pour ce faire, l'agente de recherche en avait préalablement obtenu l'autorisation auprès des informateurs, par le moyen d'un formulaire de consentement éclairé (annexe 2) que tous avaient signé volontiers. Notons que ce document, élaboré par l'agente de recherche responsable de l'étude, avait par la suite été validé et bonifié par le comité d'évaluation.

3.3 Le groupe de discussion

La méthode complémentaire du groupe de discussion a été retenue, pour les fins de la présente étude, afin notamment de stimuler sa dimension formative, en s'appuyant sur les interactions entre les différents acteurs rencontrés dans le contexte des entrevues individuelles de la première phase de la collecte des données. D'ailleurs, les participants visés étaient au départ ces mêmes personnes qui avaient joué le rôle d'informateurs individuels lors de la première phase de la collecte des données. Toutefois, étant donné la non-disponibilité de certaines d'entre elles au moment de la rencontre, et compte tenu de l'ajout de nouvelles personnes (deux) au sein de l'équipe régionale des Saines habitudes de vie depuis la première phase, les deux échantillons ont été différents. Finalement, huit personnes ont pris part au groupe de discussion, dont deux gestionnaires et six intervenants. Parmi elles, six ont participé aux deux activités de collecte des données.

De la même façon que dans le cadre des entrevues individuelles, un outil de collecte de données (guide de discussion) a été élaboré par l'agente de recherche responsable de l'étude. Le comité d'évaluation a eu ensuite le mandat de le bonifier et de le valider avant la tenue des rencontres (annexe 3). Cette dernière phase de la collecte des données s'est tenue en novembre 2008.

Lors de la rencontre, l'une des deux agentes de recherche agissait comme animatrice, et la seconde comme observatrice. Cette dernière appuyait sa prise de notes sur une grille d'observation élaborée pour l'occasion. Cet outil permettait de consigner des informations supplémentaires concernant le contenu de la discussion, la compréhension du thème, les signes non verbaux des participants, l'ambiance générale, la dynamique et les relations entre les participants, ainsi que la durée des échanges sur les différents thèmes. La rencontre a duré environ deux heures.

Le contenu des discussions portait plus précisément sur trois aspects de l'approche globale et intégrée : d'abord sa définition, et ensuite son actualisation ou mise en pratique par les intervenants lanaudois. En troisième et dernier lieu, les participants ont été interrogés à propos de l'existence ou du développement éventuel d'un modèle proprement lanaudois de cette approche.

Les échanges sur ces trois thèmes étaient amorcés par la présentation de résultats partiels de l'analyse de la première phase (entrevues individuelles), sous forme de fiches-synthèse. Il s'agissait ainsi de soumettre ces premières informations obtenues à l'ensemble des informateurs, afin de les valider, de les préciser et de les mettre à jour.

Un magnétophone a également été utilisé afin d'enregistrer le contenu des discussions, après que les participants ont eu signé un nouveau formulaire de consentement éclairé, qui avait été préalablement validé et bonifié par le comité d'évaluation (annexe 4).

3.4 Le traitement et l'analyse des données

Le contenu des entrevues individuelles de la phase 1 n'a pas été transcrit intégralement. Il a plutôt été analysé directement par l'agente de recherche de la DSPE responsable de ce volet de l'étude, à partir d'une écoute des enregistrements, et en tenant compte également des notes d'observation de sa collègue. Une grille d'analyse avait été construite à cet effet.

En ce qui concerne le contenu du groupe de discussion (phase 3), il a été transcrit intégralement par une secrétaire. Puis, l'analyse en a été faite par la même agente de recherche, au moyen d'une nouvelle grille d'analyse.

Après les analyses de contenu séparées des données obtenues lors des deux phases successives de collecte, une analyse de contenu globale a été réalisée. Les résultats concernant l'approche globale et concertée des habitudes de vie et des maladies chroniques sont présentés dans la quatrième partie de ce rapport. Rappelons que ces résultats ont été préalablement discutés, validés et bonifiés avec les membres du comité d'évaluation. À cet égard, il faut noter que le caractère hautement subjectif des éléments de contenu collectés auprès des différents informateurs a donné lieu à des discussions animées. En outre, il a fallu distinguer clairement une démarche de validation d'un exercice de censure. Ainsi, les membres du comité ont eu l'occasion de réfléchir ensemble aux particularités d'une analyse appuyée sur le paradigme théorique des représentations sociales, dans le cadre de laquelle la pertinence des informations prises en compte n'est pas basée sur le fait qu'elles soient ou non objectivement vraies. Elle était fondée plutôt sur l'influence que ces éléments de savoir, de compréhension, d'opinions, de perceptions, etc. pouvaient avoir, avec leurs résonances affectives et identitaires et avec les enjeux normatifs et sociaux qu'ils alimentaient, sur l'appropriation de l'approche dite « intégrée », et sur la mise en œuvre consécutive des pratiques en fonction de cette approche.

3.5 Les considérations éthiques

Dans l'ensemble, les considérations éthiques abordées dans le cadre de ce volet de l'étude ont pris surtout la forme de mesures en vue de préserver le plus possible l'anonymat et la confidentialité des informateurs y ayant participé. Toutefois, il faut

souligner que le nombre de ces personnes était réduit (au total treize personnes différentes, dont six ont pris part aux deux phases de la collecte des données). Il faut ajouter également que ce petit nombre correspond pratiquement à celui des acteurs concernés.

Les moyens utilisés pour préserver l'anonymat de ces quelques personnes, donc afin de minimiser les possibilités d'identifier les informateurs individuels, ont consisté à : 1) cosigner avec chacun des participants, en tant qu'agente de recherche, un protocole de confidentialité avant chacune des entrevues individuelles et avant l'entrevue collective; 2) présenter les propos des participants comme s'il s'agissait seulement de personnes de sexe masculin; 3) distinguer seulement, lors de la présentation de propos des participants, s'ils avaient été émis par des gestionnaires ou des intervenants.

On doit ajouter aussi qu'étant donné la perspective formative adoptée dans le cadre de cette étude, et plus particulièrement en ce qui concerne ce volet du modèle lanauois, les résultats devraient servir d'abord et surtout à ces quelques acteurs concernés. Ils devraient leur fournir un regard extérieur sur leur cheminement à travers le processus d'appropriation de la nouvelle approche. Ces informations sont susceptibles de les outiller afin de réfléchir à ce cheminement et de le poursuivre.

Enfin, en ce qui concerne les cassettes d'enregistrement des entrevues individuelles et du groupe de discussion, elles seront conservées sous clé dans les locaux de l'ASSS de Lanaudière pendant la durée exigée par la législation en matière de protection des renseignements personnels. Par la suite, elles seront détruites. Il en est de même pour les transcriptions sur papier du contenu de ces entrevues.

3.6 Les limites de l'étude

Comme toute recherche ou évaluation, ce volet de la présente étude évaluative comporte quelques limites.

En premier lieu, on peut considérer qu'il s'agissait d'une étude exploratoire, en ce qui concerne le recours au paradigme théorique des représentations sociales. À ce sujet, il a déjà été mentionné précédemment que les repères théoriques présentés ont été utilisés dans l'optique d'éclairer l'analyse. En ce sens, la présente étude n'a aucune prétention visant à constituer un apport particulier ou significatif à l'une ou l'autre des théories des représentations sociales.

Par ailleurs, bien que « l'échantillon » des informateurs ait été constitué de presque toute la population à l'étude, donc des personnes directement concernées par l'adoption dans Lanaudière de la nouvelle approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques, on ne peut pas faire, à partir des résultats obtenus, de généralisations applicables aux équipes semblables en place dans les autres régions du Québec. Tout au plus, l'étude pourra-t-elle constituer, pour ces autres équipes régionales, une sorte de

témoignage de la possibilité d'aborder différemment l'évaluation du processus d'adoption d'une nouvelle approche recommandée par des instances hiérarchiques supérieures.

On peut noter, enfin, que la durée de l'étude (initiée en 2006 et terminée en 2010) peut apparaître comme une autre limite. En outre, un an et demi s'est écoulé entre la première et la deuxième phases de la collecte des données. Ensuite, une année supplémentaire s'est écoulée avant la présentation des résultats finaux. Cela dit, malgré l'écart temporel entre les deux phases, ses conséquences ont été amenuisées du fait que la deuxième phase a pu constituer une occasion de validation et de mise à jour des informations collectées lors de la première. Ainsi, il a été possible de prendre en compte l'évolution de la situation et des points de vue individuels (des représentations individuelles) vers un éventuel point de vue plus partagé (ou des représentations plus collectives). Malgré tout, il est certain que cette situation a continué d'évoluer depuis la deuxième phase de la collecte des données et que les résultats présentés ne peuvent tenir compte des transformations sans doute survenues depuis cette période. D'ailleurs, compte tenu de l'approche participative et formative adoptée dans cette étude évaluative, on peut considérer que la transformation des points de vue, des représentations et des pratiques constituait en quelque sorte des effets secondaires plus ou moins prévisibles. Il s'agissait donc d'un type particulier de résultats « attendus », mais dont la mesure ne pouvait être incluse dans la démarche d'évaluation.

4. RÉSULTATS

Lors des entrevues individuelles de la phase 1, les informateurs (gestionnaires et intervenants de la DSPE et des deux CSSS lanauois) ont été interrogés à propos de l'approche initialement désignée comme étant « intégrée ». Il s'agissait d'explorer leurs représentations et leur niveau d'appropriation respectifs de cette approche, ainsi que la façon dont chacun la traduisait dans ses pratiques.

Par la suite, soit un an et demi plus tard, les résultats partiels d'une première analyse ont été présentés sensiblement aux mêmes informateurs, dans le cadre d'un groupe de discussion. La rencontre visait alors à valider et bonifier collectivement ces premiers résultats, tout en tenant compte de l'évolution survenue depuis le début de l'étude. Elle avait également pour but ultime de dégager les éventuels indices de la constitution d'un modèle proprement lanauois de cette approche.

Les résultats présentés dans cette partie centrale du rapport d'évaluation font suite à une analyse globale du contenu obtenu lors des deux phases de ce volet de l'étude. Ils portent successivement sur la définition de l'approche portée par les informateurs, son appropriation par ceux-ci, puis son actualisation dans leurs pratiques.

On notera que, faute d'autre terme générique plus approprié, le qualificatif « nouvelle » sera souvent employé pour désigner l'approche au cœur de ce volet de l'étude. On comprendra toutefois, au fur et à mesure de la progression de l'analyse, que des nuances s'imposent. En effet, l'approche « intégrée » ou « globale et concertée » avait déjà gagné un peu de terrain auprès des acteurs concernés par la présente étude, avant même la période identifiée comme celle de son adoption officielle dans la région, période correspondant à l'entrée en fonction dans les deux CSSS d'intervenants locaux en saines habitudes de vie.

4.1 La définition de l'approche

L'analyse des informations collectées à propos de la définition de l'approche, d'abord identifiée comme *intégrée*, des habitudes de vie et des maladies chroniques, visait à faire émerger les représentations de cette approche propres aux gestionnaires et aux intervenants du réseau lanauois de la santé et des services sociaux concernés par le sujet. En premier lieu, ce sont les représentations individuelles qui ont été explorées. Par la suite, l'analyse visait à dégager les indices de représentations plus collectives.

Comme il a été mentionné dans l'exposé du cadre d'analyse (section 2.3 du présent rapport), un *savoir* ou un *contenu* formel peut être considéré comme une dimension d'une représentation sociale. Autrement dit, l'élaboration d'un discours autour d'un noyau de *connaissance* n'exclut pas que celle-ci soit associée à d'autres éléments qui forment une représentation. Ainsi, cette connaissance devient intégrée dans la représentation globale, comme un de ses éléments constitutifs. Dans la présente partie de l'analyse, on se penche sur la définition et les bases scientifiques de l'approche dite *intégrée*, telles que

perçues et expliquées par les informateurs, mais également sur les autres constituants des représentations repérés dans leur discours.

4.1.1 Les assises scientifiques de l'approche, selon les informateurs

Afin de mieux saisir les assises communes et scientifiques de l'approche initialement partagées par les informateurs, ils ont été interrogés à ce sujet. On a également vérifié comment ils avaient acquis cette connaissance.

Plusieurs informateurs ont mentionné qu'**une formation** avait été préparée et offerte par le porteur du dossier *saines habitudes de vie* de l'équipe de la DSPE, aux personnes appelées à se l'approprier dans une perspective d'évolution des pratiques. Les personnes concernées étaient notamment les intervenants de la DSPE responsables de dossiers *habitudes de vie* (alimentation, activité physique, tabac et santé dentaire) et les intervenants des deux CSSS. La formation avait duré deux ou trois jours, et elle avait eu lieu au début de l'entrée en fonction des intervenants des CSSS, soit en 2005. Selon un informateur y ayant participé, elle avait été offerte afin que *tout le monde ait la même vision* de l'approche.

Au moment des entrevues individuelles, les informateurs qui avaient été invités à la formation conservaient un souvenir relativement vague du contenu transmis à cette occasion. En fait, l'un d'eux a précisé qu'on leur avait d'abord présenté *un petit topo* sur l'approche intégrée. Il ajoutait que, par la suite, les intervenants responsables de dossiers *habitudes de vie* avaient présenté successivement ce qu'ils faisaient dans le cadre de leurs dossiers respectifs.

En ce qui concerne le contenu de la formation portant spécifiquement sur l'approche intégrée, la plupart des informateurs concernés supposaient qu'il était basé sur un cadre théorique, mais ne pouvaient citer de références précises (noms d'auteurs, titres d'ouvrages). Certains ont affirmé que la littérature scientifique associait l'approche à des *pratiques jugées efficaces*. Certains ont mentionné, sans plus de précision, des études canadiennes, américaines ou européennes dont ils avaient entendu parler dans d'autres contextes (conférences ou Journées annuelles de santé publique, par exemple), ou qu'ils avaient eux-mêmes parcourues.

Par contre, un décalage était observé entre le contenu de ces études et **la réalité concrète des intervenants**. Par exemple, l'un d'eux se demandait comment il pouvait traduire ce savoir dans sa pratique, puisqu'il venait surtout des États-Unis. En outre, ce dernier a mentionné aussi que l'approche intégrée avait été davantage élaborée en fonction de l'habitude de vie *activité physique* qu'en fonction de l'alimentation, par exemple.

Dans le même sens, un autre précisait que, selon lui, le concept d'approche intégrée provenait de *grosses études américaines où les moyens étaient faramineux pour pouvoir intervenir, ce qui n'est pas nécessairement notre cas*. D'après ses lectures sur le sujet, il s'agirait même d'études *mur à mur*, dans lesquelles des millions de dollars auraient été investis.

Un autre informateur encore concluait : *il n'y a rien de mieux que d'avoir nos propres données, puisque chaque peuple est différent, agit d'une façon différente, pense d'une façon différente*. Il ajoutait toutefois que, malheureusement, en raison de la nouveauté de l'approche, on ne disposait pas encore de données proprement québécoises, permettant de mieux juger des résultats de l'approche et de son efficacité chez nous.

On constate que, finalement, les intervenants ont en quelque sorte forgé leurs définitions personnelles de l'approche, à partir d'assises scientifiques plutôt vagues, pour la plupart, mais néanmoins garantes pour eux de sa **légitimité**. Dans l'ensemble, ils l'ont surtout composée sur la base de leur **propre expérience**, de leur propre pratique. Ainsi, un informateur affirmait : *Je crois que la définition vient surtout de la pratique, de ce qu'on fait, de ce qu'on pense faire*. Elle vient, selon lui, de la *lecture* personnelle que se font les intervenants concernés, bien plus que de lectures formelles et scientifiques. Comme l'a exprimé un autre : *Je ne me suis pas arrêté à me donner une définition, mais c'est la façon de l'appliquer qui peut peut-être m'aider à dire ce que je pense que c'est*.

Pour leur part, les gestionnaires posaient d'emblée un regard plus reculé et contextualisé sur l'approche. Ils la situaient spontanément dans **un continuum historique** tenant compte, en quelque sorte, d'une lignée d'autres approches de santé publique l'ayant précédée. En fait, les références scientifiques mentionnées concernant les fondements de l'approche intégrée étaient également peu précises, et les auteurs étaient rarement mentionnés. Ainsi, les informateurs de cette catégorie ont parlé d'études ayant mis en évidence *ce qui est reconnu comme ayant du succès ou comme étant le plus efficace*, soit des éléments pouvant être intégrés dans des *stratégies efficaces en santé publique*. Ou encore, ils ont parlé d'*approches ressorties gagnantes au niveau théorique*. Tout au plus, comme les intervenants, ils ont fait état de l'influence d'organisations comme l'OMS, en ce qui concerne la diffusion des résultats d'études et l'adoption des approches associées. Et, par la suite, de l'influence de documents d'orientation du MSSS, tel le *Programme national de santé publique (PNSP)*.

Lors du groupe de discussion, aucun nouvel élément n'a été apporté par les participants, afin de préciser les assises théoriques ou scientifiques de l'approche. Par contre, un d'entre eux a mentionné que cette approche ne lui apparaissait pas encore **bien claire**. Un autre a affirmé qu'il était *théoriquement d'accord avec tout*

ça, mais que les difficultés apparaissaient surtout *quand on arrive au plan pratico-pratique*.

Bref, on constate que, dans l'ensemble, les informateurs semblaient avoir surtout une connaissance générale des assises scientifiques de la nouvelle approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques. À cet égard, ils avaient tendance à prendre pour acquis les résultats d'études scientifiques réalisées en amont de leur propre rôle, situé davantage au niveau de l'intervention. Ou encore, certains questionnaient la possible adaptation à la situation québécoise de ces résultats d'études concluant à l'efficacité de l'approche ou des stratégies d'action qu'elle comporte. Dans tous les cas, les informateurs ne semblaient pas éprouver le besoin de s'approprier davantage les assises théoriques de l'approche, entérinées notamment par les grandes institutions de santé publique, de l'OMS au MSSS.

TABLEAU 1

Les assises scientifiques de l'approche, selon les informateurs ¹		
Thèmes abordés	Éléments de contenu	Types d'informateurs ²
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispensation par le porteur du dossier Saines habitudes de vie de la DSPE ▪ Appui pour les professionnels concernés sur des pratiques jugées efficaces 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Réalité concrète des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité de traduire le savoir théorique venu d'ailleurs dans sa pratique ici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1 et 2)
Légitimité scientifique et expériences personnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définitions personnelles des intervenants combinant les deux éléments 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Continuum historique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche située dans une lignée de précédentes, appuyée par les grandes institutions de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Clarté de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non évidence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.1.2 Les composantes distinctives de l'approche, selon les informateurs

Différents éléments de contenu, composantes ou dimensions caractérisant l'approche intégrée ont été identifiés par les informateurs individuels, alors qu'ils exposaient leurs propres définitions de cette approche. Cette multiplicité d'éléments, que chacun a présentés et expliqués selon sa compréhension

personnelle, laisse penser qu'une certaine complexité pourrait être associée à la nouvelle approche.

Tout d'abord, parmi les informateurs gestionnaires, l'approche intégrée a été décrite comme une *approche typique de santé publique*. Différents éléments ont été mentionnés pour en témoigner : elle serait multistratégies et multicientèles; elle intégrerait l'éducation à la santé, l'action politique, le marketing social et l'empowerment; et elle viserait différents niveaux d'intervention (local, régional, national), tout en travaillant en milieux intersectoriels et intrasectoriels. De plus, il a été mentionné que l'intervention se situait en amont des maladies, et aussi *plus en promotion qu'en prévention*.

Parmi ces éléments associés à une approche typique de santé publique, certains ont été identifiés et décrits par plusieurs informateurs, intervenants ou gestionnaires, et pas toujours de la même façon par chacun. En fait, on note parfois une confusion des termes, quand il s'agit de préciser ce qu'ils représentent. C'est le cas, par exemple, pour les notions de *niveaux multiples* et de *multistratégies*. Ainsi, pour des intervenants, les *niveaux* ne faisaient pas référence à l'aspect territorial, mais plutôt à des stratégies d'action différentes, soit l'éducation des clientèles ou populations ciblées ou le changement de leurs environnements.

Pour un autre informateur, ce sont les mots *niveaux* et *volets* qui apparaissaient interchangeable, et qui pouvaient désigner l'aspect individuel ou collectif de la cible d'intervention.

Notons que le mot *environnement* ne semblait pas constituer, pour les informateurs, un terme générique recouvrant les différents *milieux* spécifiques visés par les interventions de promotion des saines habitudes de vie. Ainsi, alors que les *milieux* représentaient le plus souvent des lieux ou secteurs d'activités, *l'environnement* faisait davantage référence à une stratégie d'action, celle qui complétait la stratégie éducative.

On travaille avec plusieurs milieux et à plusieurs niveaux. Donc, si on parle d'approche globale, si on peut dire, bien je pense aux municipalités, aux milieux de travail; si on pense aux écoles, aux services de santé. Donc, on touche plusieurs milieux et à plusieurs niveaux. Donc, c'est sûr que nous autres, on a plus le côté environnement. Mais je pense qu'avec cette approche-là, globale là, je pense qu'on parle au niveau éducatif, au niveau de changer des environnements. Donc on va à plusieurs niveaux pour travailler sur ces habitudes de vie-là, pour que les gens adoptent de meilleures habitudes de vie.

Il est arrivé, malgré tout, qu'un informateur emploie le terme *milieu* dans un sens plus proche de celui associé au mot *environnement*, c'est-à-dire en mettant l'accent sur sa possible contribution dynamique dans la mise en œuvre de l'approche. Cet informateur faisait allusion à des *milieux facilitants*.

Le terme *volet* a aussi été utilisé, par des informateurs, pour désigner *les dossiers thématiques des professionnels*, c'est-à-dire les dimensions ou domaines visés, en tant que facteurs de risque ou déterminants de maladies chroniques, par les interventions en matière de saines habitudes de vie. Il s'agit de l'activité physique, de l'alimentation, du tabagisme et de la santé buccodentaire. Plusieurs informateurs ont expliqué, chacun à sa manière, que l'approche intégrée adoptée dans Lanaudière ciblait tous ces volets, qu'elle tenait compte de leur coexistence, en quelque sorte, et de leur influence combinée sur la prévention des maladies chroniques, dans une perspective globale. En fait, indépendamment de leur appellation, l'association de ces quatre volets ou domaines d'intervention représentait souvent le principal ou premier élément de définition de l'approche, celui qui allait de soi. Bref, le cœur de cette approche.

Par ailleurs, ce qu'on pourrait appeler *le quoi faire quand et par qui* était souvent ajouté, d'abord pour situer en contexte, puis pour relativiser le caractère *intégré* de l'approche. Des informateurs ont expliqué que cette nouvelle approche succédait à une période pendant laquelle les intervenants avaient acquis l'habitude de travailler *en silos*, chacun centré exclusivement sur son propre domaine d'intervention. Il semble qu'au départ, les personnes concernées par la nouvelle approche à adopter ont pu penser, spontanément, qu'elles devraient dorénavant agir simultanément sur les différents facteurs de risque, et chercher à abolir l'intervention en silos.

Elle (l'approche intégrée) veut tout faire en même temps. Et c'est pour ça que ça devient difficile à articuler, exemple dans le cadre de l'offre de service. Elle veut tout faire en même temps. C'est pour ça que moi, je suis pas contre là, je suis pour le concept. Mais que ça demeure une approche, c'est-à-dire que ça demeure un objectif ou une toile de fond. Ça, ça va.

Toutefois, les propos des informateurs individuels ont mis en évidence le difficile passage entre les précédentes interventions strictement *en silos* et les nouvelles formes d'intervention devant tenir compte des autres interventions déployées à l'égard d'autres dossiers sur les habitudes de vie. Ainsi, des informateurs ont laissé entendre qu'une évolution bénéfique dans leur compréhension, puis leur application, de l'approche s'était opérée. Selon eux, on ne cherchait plus nécessairement à intervenir en même temps et dans un même milieu sur ces différentes habitudes de vie. De cette façon, les intervenants individuels pouvaient préserver les bons côtés et les atouts (notamment d'efficacité dans les résultats) de leurs pratiques antérieures *en silos*. Un informateur affirmait : *Je m'aperçois qu'on reste des spécialistes, mais on travaille intégré.*

Pour opérer cet ajustement amorcé, entre les acquis à préserver et la globalité des habitudes de vie à considérer, quelques notions-clés comme celles de **continuum** (dans le temps et dans les interventions présentes) et de **synergie** semblent avoir joué un rôle important. Elles permettaient notamment de contourner la contrainte de simultanéité des interventions ou des domaines d'intervention à aborder, à laquelle on s'était d'abord vu confronté. Un gestionnaire jugeait que c'était *aussi une question de liens avec ce qui est déjà là pour pas travailler en silos et compléter ce qu'il manquerait par rapport à cette vision globale*. Et un intervenant expliquait qu'à son avis, la nouvelle approche impliquait :

Quelque chose qui est concerté, qui est planifié. Que ce soit des politiques, que ce soit des activités, des interventions, mais toutes prises dans le but de les associer, de s'associer dans ces interventions-là. C'est-à-dire de le faire... De pas le faire en ayant des interventions ponctuelles, comme on qualifie souvent de « en silos ». Plutôt, d'aller avec des interventions qui vont s'associer, je dirais, dans les résultats. Même avec une synergie.

Dans les propos de plusieurs informateurs, ces deux dernières notions étaient souvent associées à celles de **concertation**, de **partenariat**, de **réseautage** ou encore d'**approche participative**. Ensemble, celles-ci peuvent être considérées comme une autre composante de l'approche. Les informateurs qui en faisaient état précisaient notamment les raisons qui justifiaient l'inclusion de cette composante, et quels étaient les acteurs que l'on souhaitait impliquer dans cette concertation.

Ainsi, un gestionnaire a affirmé que *les saines habitudes de vie, ça ne se travaille pas seul, loin de là et que pour avoir des succès dans ce qu'on veut faire, faut travailler ensemble*. Il considérait donc que les interventions devaient impliquer *un paquet d'autres partenaires qui sont très très importants, qui interviennent déjà beaucoup, surtout quand on parle d'environnements (municipalités, milieux de travail, milieu scolaire, milieu de la santé)*.

Dans le même sens, un intervenant mentionnait que *cette approche est déployée aussi en partenariat avec différents milieux, différents professionnels également*. Et il ajoutait : *ça doit être déployé aux niveaux national, régional et local*.

Un premier niveau de *concertation*, mentionné toutefois sous ce vocable par un seul intervenant, était celui de l'équipe de promotion des saines habitudes de vie attachée à la DSPE. On note que ce terme revêtait ici un sens apparenté à celui de *collaboration*.

À un second niveau, mais toujours à l'intérieur du réseau régional de la santé et des services sociaux, on a souligné l'importance de la concertation développée entre la DSPE et les deux CSSS, en vue d'articuler les interventions offertes dans les deux grands territoires de la région. Ainsi, selon un gestionnaire, étant donné que pouvaient coexister *des réalités locales qui peuvent différer d'un CSSS à l'autre*, il était important qu'il y ait une concertation entre ces instances *pour faire attention à ces réalités-là et que chaque établissement et chaque CSSS y trouve son compte pour sa population*. À son avis, il fallait cependant tenir compte du fait que, parfois, la population *n'est pas limitée au strict territoire de chaque CSSS*.

Pour sa part, un gestionnaire a exposé les avantages de la dimension concertation dans l'intervention portant sur les saines habitudes de vie, sans préciser cependant de quels partenaires il était question. À son avis, elle favorisait l'adoption et la transmission d'un même message, donc une certaine cohésion et une relative homogénéité à cet égard :

Plus tu as de concertation, et plus on s'entend sur les objectifs et les activités qui seraient à développer et à mettre en place, plus tu vas chercher d'acteurs, d'intervenants pour parvenir à s'entendre sur les objectifs et les activités. Ça peut être un plus quand les différents acteurs se sentent interpellés, se sentent partie prenante de la problématique et de la nécessité de passer le message à la population. Aussi, peu importe où le client passe d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, les mêmes activités, le même message peut être retrouvé et passé.

Par ailleurs, dans les propos des informateurs, le terme *réseautage* a été utilisé comme un synonyme relatif de *concertation* et de *partenariat*. Par exemple, pour un gestionnaire, c'était une composante qui *allait de soi*. Il expliquait : *Sinon, tout seul, tu vas le faire, mais tu vas travailler 25 fois plus fort. Les bonnes personnes aux bonnes places, le bon message.*

Selon un gestionnaire, la nouvelle approche pouvait *intégrer quelque chose comme une approche participative*, puisque *les partenaires contribuent à réfléchir aux façons de faire à changer*. De plus, cela pourrait se faire sans recourir nécessairement à des *comités formels*, bien que cela soit aussi possible.

Pour un intervenant, la concertation incluait une dimension consultation auprès des partenaires ou milieux visés par les interventions :

Quand je parle de partenariat, je parle autant des municipalités. Des fois, des conseils municipaux. Je parle également au niveau des directions d'écoles, des dirigeants d'entreprises. Ils sont plus impliqués là. (...) On fait souvent des focus groups avec eux des fois, quand on est en phase de développement de programme. On les consulte. On fait des focus groups pour voir qu'est-ce qu'ils en pensent, qu'est-ce qu'on pourrait ajuster. C'est une façon de faire.

Lors du groupe de discussion, les participants ont abordé à nouveau certaines des composantes de la nouvelle approche mentionnées par les informateurs individuels, un an et demi plus tôt. En fait, ils ont surtout partagé leurs opinions sur le *quoi faire quand et par qui* et sur la dimension concertation-partenariat, sans remettre en question le contenu des entrevues individuelles, ni sans y ajouter d'informations nouvelles. Par contre, un intervenant a proposé une nouvelle composante à l'approche, celle de l'adaptation aux milieux.

Concernant le **quoi faire quand et par qui**, il semblait maintenant relativement acquis pour les intervenants qu'ils ne devaient pas viser à travailler sur tous les domaines d'intervention/facteurs de risque en même temps. Selon les cas, ils ont jugé qu'ils pouvaient *quand même travailler en silos ou de façon plus spécifique* (un domaine d'intervention/facteur de risque), qu'il fallait voir l'approche *plus comme une vision*, c'est-à-dire en demeurant constamment à *l'écoute du milieu* et en *travaillant sur les silos les plus importants, tout dépendant du milieu*. Un intervenant expliquait que le but visé était *de parler des saines habitudes de vie*, mais que ce n'était pas *toujours évident de parler de tout ça, tout en même temps*, étant donné que les gens n'étaient pas *tous rendus au même niveau*.

À propos de la composante **concertation-partenariat**, un gestionnaire et un intervenant ont insisté sur des niveaux différents de concertation. Ainsi, pour le gestionnaire, celle-ci se situait *vraiment au niveau du milieu*, c'est-à-dire pas seulement entre les personnes *qui ont des connaissances là-dessus*. Par contre, un intervenant portait davantage attention à *la bonne collaboration, la bonne communication entre les intervenants et les gestionnaires*. Il s'agissait, selon lui, d'avoir *une vue d'ensemble* et de pouvoir *échanger sur les interventions, sur les méthodes d'intervention qui sont faites, et ce, afin de mieux s'améliorer*.

Pour sa part, un gestionnaire s'est montré intéressé au développement d'indicateurs qui permettraient de mesurer cette dimension concertation de l'approche. Il souhaitait ainsi pouvoir juger de son *efficacité*, en se penchant par exemple sur le *processus qui mène à la mobilisation*, sur le *dialogue*, et sur *les liens avec d'autres partenaires qui durent dans le temps et qui continuent*.

On note que le terme *continuum* a été repris par un intervenant, pour illustrer cette fois l'articulation nécessaire *dans le procédé d'approche* entre les intervenants locaux portant chacun une spécialité-expertise associée à une habitude de vie. Pour celui-ci, il fallait *s'assurer qu'il y ait un continuum de services dans l'offre*.

Quant à la nouvelle composante **adaptation aux milieux**, elle a été proposée par un intervenant qui questionnait les autres participants à savoir s'il ne s'agissait pas d'une des deux principales composantes de l'approche, l'autre étant le travail sur plusieurs habitudes de vie. De son point de vue, l'adaptation aux milieux consisterait à *y aller selon leurs intérêts, leurs niveaux, où est-ce qu'ils sont rendus, qu'est-ce qu'ils veulent travailler*.

Pour résumer cette partie de l'analyse, on constate que, du point de vue des informateurs, l'approche intégrée regroupait un ensemble relativement complexe de composantes qui se chevauchaient et s'entremêlaient. On peut penser, toutefois, que les acteurs concernés utilisaient en partie des mots différents pour désigner divers aspects d'une connaissance de base qu'ils partageaient. On note aussi qu'après un an et demi à poursuivre l'expérimentation de cette approche après la première étape de la collecte des données (du printemps 2007 à l'hiver 2008), les principales composantes mentionnées demeuraient la prise en compte de plusieurs habitudes de vie, une dimension concertation avec différents collaborateurs ou partenaires, la non-nécessité de travailler simultanément dans un même milieu sur l'ensemble des habitudes de vie, et la possibilité d'adapter cas par cas l'approche aux milieux. Ainsi, chez les principaux acteurs lanaudois concernés par la nouvelle approche (intervenants et gestionnaires), contrairement à ce qu'observaient Lachance et Colgan, en 2004 et à l'échelle du Québec¹⁰, on pouvait maintenant déceler l'indice d'une certaine *base commune quant à l'objet de l'intégration*. Il est cependant difficile d'affirmer, à la lumière du contenu d'entrevue analysé, qu'on se retrouvait déjà en présence d'une représentation totalement homogène ou partagée des éléments constituant l'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques.

¹⁰ Cité dans la mise en contexte, partie 1.2.2.

TABLEAU 2

Les composantes distinctives de l'approche, selon les informateurs ¹		
Composantes identifiées	Éléments de contenu	Types d'informateurs ²
Approche typique de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques : multistratégies, multiclientèles, éducation à la santé, action politique, marketing social, différents niveaux d'intervention, prévention 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Niveaux multiples visés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégies différentes (éducation à la santé et changement dans l'environnement) ou niveaux du territoire (local, régional, national) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Emploi de stratégies différentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation à la santé ou changement dans l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Différents milieux visés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Municipalités, milieux de travail, milieux scolaires, services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Dossiers thématiques des professionnels, différents volets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les saines habitudes de vie visées : tabac, activité physique, nutrition, santé buccodentaire ▪ Coexistence et influence combinée des quatre habitudes de vie ▪ Principal élément de définition de l'approche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
<i>Quoi faire quand et par qui</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout aborder en même temps (les différentes habitudes de vie) par la même personne ou travailler en silos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1 et 2)
Continuum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le temps et dans les différentes cibles d'intervention (habitudes de vie) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Synergie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les interventions dans les résultats ▪ Éviter les interventions seulement ponctuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Concertation, partenariat, réseautage, approche participative	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyens d'atteindre le continuum et la synergie entre les interventions ▪ Travail avec différents secteurs, milieux et niveaux de territoire ▪ Collaboration interne entre professionnels et entre professionnels et gestionnaires ▪ Développement éventuel d'indicateurs de concertation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire et intervenant (1 et 2) ▪ Gestionnaire et Intervenant (1 et 2) ▪ Gestionnaire (2)
Adaptation aux milieux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon intérêts, niveaux d'avancement et volonté des milieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.1.3 Une appellation qui évolue : d'intégrée à globale et concertée, en passant par 0-5-30

L'évolution de l'approche, dans la compréhension qu'en avaient les informateurs, a pu être décelée également dans l'appellation qu'ils lui attribuaient. En fait, dès la première entrevue individuelle, l'informateur a souligné que le terme *intégré* était

de plus en plus délaissé, pour être généralement remplacé par l'expression *approche globale et concertée*. Si bien que cet aspect a été ajouté afin d'être abordé au cours des entrevues suivantes. Les informations collectées à ce sujet aideront notamment à mieux comprendre la dynamique d'appropriation de l'approche, objet d'analyse de la section suivante (4.2).

Quelques informateurs utilisaient encore spontanément le terme **intégré** lors des entrevues individuelles. Pour les autres, les raisons expliquant son abandon tournent autour de son aspect *rébarbatif*. Ainsi, pour un gestionnaire, ce qualificatif donnerait à penser aux milieux visés que *c'est une grosse affaire qui arrive, c'est-à-dire plein de choses ensemble qu'on a fusionnées*, et qu'ils seraient en conséquence *obligés d'acheter tout le kit au complet*. Autrement dit, l'ensemble des activités proposées dans une même offre de service. Par contre, pour un intervenant, il s'agissait simplement d'une préférence personnelle plutôt subjective.

Parmi les informateurs ayant conservé le qualificatif *intégré*, un intervenant l'associait à ceux de *global* et *concerté*. À son avis, **global et concerté** inclurait *intégré*. De plus, parler d'une approche *globale et intégrée* permettrait de tenir compte, d'une part, de *la dimension plus large qui veut vraiment englober tous les acteurs possibles et impossibles* et, d'autre part, de la nécessité de *considérer l'action des différents aspects qui s'imbriquent*.

D'autres informateurs (intervenants) utilisaient uniquement le mot **global**, alors que c'était plus généralement des gestionnaires qui réunissaient systématiquement en une expression fixe les deux qualificatifs *global* et *concerté*.

Pour un intervenant, *global* référait à un travail quotidien avec plusieurs milieux (municipaux, de travail, écoles, services de santé) et, également, à un travail à la fois sur les environnements et au niveau éducatif.

Par contre, un autre intervenant ayant adopté l'expression *globale et concertée* attribuait une signification différente à l'aspect *global*. En fait, il distinguait ce qui, à son avis, relevait du *global* et ce qui relevait du *concerté*.

Globale, pour moi, ça veut dire qu'on a une vision globale de l'individu et de son environnement. Donc on parle surtout... Comme, dans notre cas, c'est les saines habitudes de vie, donc on parle surtout d'activité physique, de nutrition, de tabac. Puis à tous les volets, donc au niveau de l'individu, ses comportements. Au niveau de son environnement aussi. Puis « concerté », c'est qu'étant donné qu'on traite différents sujets à différents niveaux, c'est important que les personnes concernées par ces différents niveaux-là et ces différents sujets-là travaillent ensemble.

Certains informateurs ont relié *l'évolution historique* de l'approche avec celle de ses appellations successives. Il a été question, notamment, de l'association entre cette nouvelle approche (intégrée ou globale) et la perspective consistant à s'intéresser à la promotion de saines habitudes de vie plutôt qu'essentiellement à des maladies chroniques distinctes. Apparemment, ces deux perspectives se seraient développées relativement à la même époque, et d'abord en lien avec les interventions réalisées en milieu scolaire.

Ainsi, selon un intervenant, une sorte de *momentum* aurait favorisé l'évolution vers la nouvelle approche de promotion de saines habitudes de vie, d'abord en milieu scolaire, notamment avec l'adoption des *compétences transversales* incluses dans le nouveau *Programme de formation de l'école québécoise*. D'une certaine manière, on laissait entendre que la nouvelle approche appliquée aux habitudes de vie et aux maladies chroniques existait déjà et était expérimentée pour d'autres thématiques de prévention et de promotion de la santé. Un gestionnaire en témoignait en ces mots : *Quand tu comprends un peu plus l'approche globale, tu sais que les saines habitudes de vie peuvent se traiter là-dedans*. De même, pour un autre : *c'est très à la mode aussi les approches globales et concertées* dont ferait partie *École en santé*. Il s'agirait souvent d'*approches ressorties gagnantes au niveau théorique*.

D'autres moments charnières de l'évolution du travail en santé publique, ponctués par des documents d'orientation, des programmes particuliers ou l'expérimentation de certaines activités, ont été identifiés par des informateurs comme des balises marquant également l'évolution ayant mené au développement de la nouvelle approche appelée d'abord *intégrée*, puis *globale* des habitudes de vie et des maladies chroniques. Outre l'influence de l'approche *École en santé*, des informateurs ont mentionné la *Politique de la Santé et du Bien-être*, et le *Programme national de santé publique* (PNSP). Selon un gestionnaire, ce serait vraiment avec le PNSP que la question des habitudes de vie et des maladies chroniques aurait *pris tout son sens*, en devenant un *domaine* au sein duquel on retrouverait maintenant les orientations concernant l'alimentation, le tabac, l'activité physique, la santé dentaire et les pratiques cliniques préventives. Par la suite, d'autres documents, comme un cadre de référence gouvernemental sur les saines habitudes de vie, auraient contribué à renforcer l'initiative du PNSP en vue de toutes les *regrouper sous le vocable habitudes de vie*.

On peut noter que deux autres termes ont également été employés, chacun par un seul gestionnaire, pour qualifier la nouvelle approche de promotion des saines habitudes de vie. Il s'agit des qualificatifs *combinée* et *opportuniste*, qui ne s'opposeraient pas à l'expression *global et concerté*, mais y ajouteraient plutôt un élément complémentaire de précision.

Selon un gestionnaire, le terme *combiné* serait maintenant utilisé au niveau provincial et permettrait de tenir compte, dans les interventions, de la possibilité d'aborder soit en même temps, soit *à tour de rôle*, les différents facteurs de risque ciblés (notamment activité physique, alimentation et tabac). Ainsi, par exemple, il serait possible d'*entrer* d'abord dans un milieu avec des interventions portant sur l'activité physique, puis d'aborder par la suite un autre facteur de risque, considérant qu'*on veut travailler sur les habitudes de vie de façon générale*. Cette appellation, finalement, illustre un effort pour solutionner la préoccupation du « quoi faire quand et par qui » abordée à la section précédente (4.1.2).

Il en est de même pour le terme *opportuniste*. Celui-ci mettait l'accent, en quelque sorte, sur une attitude de l'intervenant appelé à être constamment à l'affût des diverses *portes d'entrée* possibles pour atteindre les personnes et les milieux visés, de manière à multiplier et combiner éventuellement les effets obtenus.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'appellation **approche 0-5-30**, on note qu'elle a été utilisée par quelques informateurs, mais plutôt dans la partie des entrevues où il était question de la mise en pratique de la nouvelle approche et des distinctions entre les façons de faire lanaudoises par rapport à celles des autres régions. Il n'était pas toujours clair si, de leur point de vue, il s'agissait d'une forme particulière d'approche globale ou d'une expression devenue synonyme d'approche globale.

Un intervenant a eu recours à cette dénomination, alors qu'il relatait l'histoire de ses premières expériences avec la nouvelle approche. Selon lui, *l'approche 0-5-30 était une démarche qui peut s'étaler sur deux ans pour en arriver à changer des environnements*. Un autre affirmait que beaucoup de régions avaient adopté *l'approche 0-5-30 qui vient de Québec*.

Dans d'autres cas, les informateurs ont parfois parlé, de façon moins spécifique, du *0-5-30*, comme d'un vague ensemble qui semblait désigner ou réunir indistinctement une approche ou un programme comportant des outils proposés.

Pour sa part, un intervenant a parlé de *modèle*, plutôt que d'approche, pour identifier le *0-5-30*. Selon lui, il s'agissait de *quelque chose de gros*, et même de *trop dur à avaler pour la plupart du monde qui sont ciblés*, ce qui laissait entendre que les milieux avisés préféraient des interventions plus légères et ponctuelles.

Dans d'autres régions, selon un intervenant, les équipes concernées se basaient beaucoup sur le *0-5-30*. Toutefois, celui-ci précisait qu'il ne savait pas si c'était *juste l'appellation que tout le monde reconnaît* ou si c'était *vraiment dans toute la démarche, dans tout ce qu'ils font, s'ils y vont vraiment avec ça*.

Un gestionnaire a parlé d'une *rencontre 0-5-30* au niveau provincial, à laquelle il avait été convié à participer, de même qu'à une rencontre d'information sur *le cadre de référence habitudes de vie*. À son avis, un choix délibéré aurait été opéré dans Lanaudière consistant à ne pas adopter l'appellation *approche 0-5-30* pour différentes raisons. Selon lui, d'ailleurs, le mot *slogan* était le plus approprié pour qualifier le *0-5-30* et souligner le principal avantage qu'il y voyait. Enfin, un autre gestionnaire a fourni une explication de l'évolution du *0-5-30*, du statut de programme à celui d'approche, en passant par celui de modèle. Selon lui, la région de Québec aurait développé *un modèle précurseur de l'approche globale habitudes de vie* qui serait, en fait, davantage *comme un cadre d'intervention avec des grands blocs*, que les autres régions pourraient *prendre et adopter* à leur convenance. De plus, les acteurs concernés de la région de Québec l'auraient d'abord appelé *un programme*, mais il semble qu'au moment de l'entrevue, ils en parlaient plus comme d'*une approche* sur laquelle ils travaillaient depuis dix ans.

Lors du groupe de discussion qui s'est tenu à l'hiver 2008, les participants ont été à nouveau interrogés sur la dénomination qu'ils utilisaient maintenant pour parler de la nouvelle approche de promotion des saines habitudes de vie. Il a semblé qu'aucune appellation ne faisait encore consensus. Ainsi, plusieurs ont discuté de leur utilisation ou non de l'expression *approche globale*. Seul un intervenant a affirmé utiliser telle quelle cette appellation, qui faisait référence pour lui à *la santé globale d'un enfant*. Un autre a parlé plutôt de *vision globale* dans le sens d'*un discours qui englobe* et un gestionnaire a dit employer l'expression *globale concertée*. Par ailleurs, des intervenants ont affirmé respectivement avoir plus *entendu parler d'offre de service que de l'approche globale*, qu'on parlerait *beaucoup plus en termes de programme politique* ou que l'approche globale serait plus ou moins un synonyme d'*approche environnementale*. Enfin, un intervenant a avoué : *Je sais que le terme a changé, mais moi, dans ma tête, je suis encore avec l'approche intégrée*. Et il ajoutait : *j'utilise pas souvent l'approche globale*.

En résumé, en ce qui concerne l'appellation de la nouvelle approche de promotion des saines habitudes de vie, les informations analysées suggèrent que les acteurs concernés (intervenants et gestionnaires) du réseau lanauois de la santé et des services sociaux n'avaient pas encore opté pour l'uniformité. Ainsi, il semble qu'au moment de la dernière étape de la collecte des données, chacun de ces acteurs s'en tenait principalement à la dénomination qui faisait le plus de sens dans le cadre de son propre travail.

On doit aussi ajouter que les représentations lanauoises de la nouvelle approche ne semblaient pas évoluer en vase clos. Ainsi, on a pu noter une relative perméabilité des informateurs à l'évolution des réflexions sur le sujet qui avaient cours au niveau provincial, notamment dans le contexte général des développements autour de *Québec en forme*. D'ailleurs, certains ont ouvertement fait référence à des rencontres d'échanges provinciales lors desquelles l'approche

était abordée. D'autre part, on retrouve aussi, dans des documents d'orientation émanant d'instances provinciales, la trace des vocables avec lesquels jonglaient les acteurs lanaudois concernés. C'est le cas, par exemple, de l'expression *approche globale et concertée*, qui est employée dans le récent bilan de l'implantation du Plan d'action gouvernemental (PAG) pour 2006 à 2008 (MSSS, 2009). De même, les acteurs lanaudois n'étaient pas les seuls à se demander encore quel statut il fallait conférer au concept/programme/modèle/approche du 0-5-30. On peut rappeler, à cet effet, les constats déjà présentés dans la mise en contexte (section 1.2.3, p.9).

TABLEAU 3

Les appellations de l'approche, selon les informateurs ¹		
Appellations mentionnées	Éléments de contenu	Types d'informateurs ²
Approche intégrée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspects négatifs : rébarbatif pour les milieux visés (grosse affaire, beaucoup de choses fusionnées) ▪ Terme moins <i>parlant</i> pour un intervenant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Approche globale et concertée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusion de la dimension <i>intégrée</i>, expression plus utilisée par les gestionnaires ▪ Vision globale de l'individu et son environnement et des différentes habitudes de vie et travail commun des personnes concernées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1)
Approche globale et intégrée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en compte de tous les acteurs et différents aspects qui s'imbriquent dans l'action 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Approche globale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail quotidien avec plusieurs milieux ▪ Travail éducatif et sur les environnements 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Approche habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association à un document de référence gouvernemental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Approche combinée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élément s'ajoutant à <i>global et concerté</i> ▪ Simultanéité non nécessaire des interventions sur les différentes habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Approche opportuniste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élément s'ajoutant à <i>global et concerté</i> ▪ Attention des intervenants face aux ouvertures possibles dans les milieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Le 0-5-30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statut en questionnement : slogan, concept, programme, modèle ou approche? ▪ Appellation non retenue dans Lanaudière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.1.4 En somme : vers une représentation collective d'une approche complexe

Cette partie de l'analyse a porté sur la définition de l'approche que portaient les acteurs concernés, soit des intervenants et des gestionnaires de la DSPE et des deux CSSS de Lanaudière. À cet égard, différents constats ont été formulés concernant les bases scientifiques de la nouvelle approche de promotion des saines habitudes de vie, ses composantes distinctives et l'appellation utilisée pour la désigner. Mais au-delà de ces observations spécifiques, on peut considérer que cette partie de la démarche d'évaluation cherchait à déceler les indices d'une évolution des représentations individuelles vers une représentation collective qui serait propre aux acteurs lanaudois concernés.

En tout cas, il semble que, lors de la dernière étape de la collecte des données, ces différents acteurs ne partageaient pas encore une même représentation uniforme de la nouvelle approche. Comme on l'a vu, les définitions formulées au départ par les informateurs lors des entrevues individuelles menées au printemps 2007 ne semblaient pas avoir été systématiquement ramassées et revues pour être traduites sous une forme unique faisant consensus lors du groupe de discussion tenu à l'hiver 2008. Cela donnait à penser que chacun avait poursuivi son propre travail en s'inspirant de son mieux de sa propre compréhension de la nouvelle approche, alimentée à ses propres lectures et son propre cheminement. Autrement dit, les concepts associés à l'approche préconisée étaient peu à peu intégrés à l'expérience et l'expertise de chacun, et chacun leur donnait sa propre couleur, afin qu'ils puissent prendre une place et un sens dans sa propre pratique.

Il en était de même pour l'appellation de cette approche. À cet égard, les sensibilités et préférences individuelles semblaient avoir préséance sur l'uniformité. En outre, l'analyse n'a pas relevé non plus de particularités notables dans la compréhension de l'approche qui seraient attachées aux différents sous-groupes d'informateurs (selon les intervenants-dossiers, entre intervenants et gestionnaires, entre DSPE et CSSS, etc.).

Quant aux composantes de l'approche, l'analyse a surtout permis de souligner sa complexité aux yeux des différents informateurs lanaudois. Ainsi, ces derniers ont montré leur connaissance de la plupart des éléments mentionnés dans les documents provinciaux d'orientation ou d'évaluation en faisant état (Beaudry et Scheafer, 2007; Côté, 2006; Lachance et Colgan, 2004; MSSS 2009, 2008, 2006). Par contre, de nombreux enchevêtrements et chevauchements ont été observés dans leurs propos, entre les termes et les notions abordés. D'une certaine façon, les informateurs ont employé des mots différents pour décrire les mêmes éléments de l'approche qu'ils reconnaissaient globalement, pour l'essentiel.

Finalement, lors de la dernière étape de la collecte des données, l'approche *intégrée* ou *globale* de promotion des saines habitudes de vie demeurait pour les informateurs lanaudois un objet aux contours encore flous. Toutefois, leurs propos montraient qu'ils reconnaissaient dans cette approche suffisamment d'éléments communs pour avoir l'impression de parler de la même chose et pour accepter d'orienter leur travail dans le sens de ces éléments reconnus. On notait, aussi, une évolution dans leur représentation de l'approche, à laquelle la présente démarche d'évaluation pourrait avoir contribué, selon un gestionnaire. Ainsi, à son avis, celle-ci avait *amené à réfléchir sur des questions de fond justement, sur l'approche*.

Bref, les acteurs concernés semblaient progresser vers une représentation collective de l'approche préconisée.

TABLEAU 4

Indices de l'évolution des représentations de l'approche, chez les informateurs		
Dimension des représentations explorées	Indices (ou pas) de représentations plus individuelles	Indices (ou pas) de représentations plus collectives
Définition de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définitions personnelles amalgamant connaissances acquises par la théorie et par la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'une définition unique faisant consensus ▪ Démarche d'évaluation aidant à clarifier l'approche
Assises scientifiques de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cheminement de certains acteurs via des lectures et critiques personnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confiance accordée dans l'ensemble aux experts et aux pratiques jugées efficaces
Composantes distinctives de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constat de complexité ▪ Mots différents employés pour décrire les mêmes réalités ▪ Concepts peu à peu intégrés à l'expérience de pratique de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance générale de la plupart des éléments décrits dans les documents officiels ▪ Impression de parler de la même chose
Appellations de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préséance des préférences individuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'uniformité

4.2 L'appropriation de l'approche par les acteurs lanauois

Lors des entrevues individuelles, après que chacun des informateurs ait fait part de sa définition (compréhension ou représentation) personnelle de l'approche « intégrée, globale et concertée » (IGC)¹¹, il était amené à témoigner de son niveau d'appropriation de cette approche. Autrement dit, il s'agissait de voir à quel point chacun des gestionnaires et des intervenants arrivait à en faire sa propre approche, celle qu'il allait appliquer ou qu'il avait commencé à appliquer dans sa pratique. Plus précisément encore, on cherchait à comprendre l'attitude de chacun envers cette approche. Est-ce que son appropriation prenait la forme d'une simple adoption plus ou moins obligée (de base) ou celle d'une adhésion personnelle plus convaincue et enthousiaste?

Les questions visaient d'abord à mieux comprendre comment l'approche avait fait son chemin dans l'environnement professionnel des acteurs lanauois concernés, et comment ils y avaient réagi. Les questions exploraient également les raisons invoquées par les informateurs pour justifier leurs attitudes personnelles envers cette approche, ainsi que leur positionnement à l'égard des arguments officiels de pertinence véhiculés par les promoteurs de l'approche. Par la suite, l'évolution de leur appropriation de l'approche après une année et demie de nouvelles expérimentations, a été abordée collectivement lors du groupe de discussion.

¹¹ Afin de faciliter la lecture, compte tenu qu'aucune appellation n'avait fait consensus parmi les informateurs, la rédactrice a fait le choix d'utiliser l'acronyme « IGC » dans la suite du texte, ou encore l'une ou l'autre des expressions « nouvelle approche » ou « approche saines habitudes de vie ».

Au risque de se répéter, il est très important de rappeler et de souligner qu'une expérience vécue rapportée par un acteur n'est jamais composée seulement de faits objectifs et avérés. Elle passe nécessairement par le filtre interprétatif de la personne qui témoigne (opinion, compréhension, perspective, représentations sociales). Il faut aussi rappeler avec insistance le choix initial d'axer l'analyse sur des éléments du paradigme théorique des représentations sociales, considérant notamment que ce ne sont pas seulement des faits objectifs qui orientent et expliquent les attitudes, les comportements et les pratiques, même professionnelles. Autrement dit, le travail d'analyse ne visait pas tant à départager le vrai (l'objectif) du non nécessairement avéré (le subjectif), mais davantage à exposer tous les éléments qui pouvaient avoir joué un rôle pour orienter les attitudes, les comportements et les pratiques des acteurs à l'égard de la nouvelle approche préconisée.

4.2.1 Le contexte de la mise en œuvre de l'approche IGC, selon les informateurs

Pour bien comprendre le processus d'appropriation de la nouvelle approche par les acteurs lanaudois, il est apparu nécessaire de situer d'abord le contexte prévalant au moment où cette approche s'est vue accorder une place plus importante. Il faut aussi distinguer le contexte *vécu* par les acteurs concernés, du contexte général, tel que présenté au début de ce rapport (sections 1.2 et 1.3).

On peut rappeler que, dans la première partie de ce rapport, en s'appuyant sur une brève revue de littérature, le constat avait été fait que les différentes instances de la santé publique (de l'OMS aux instances régionales et locales) étaient désormais engagées dans cette nouvelle façon d'aborder les habitudes de vie et les maladies chroniques. Il avait même été question de *nouveau paradigme pour guider les interventions* (Lachance et Colgan, p. 26). De plus, l'analyse de documents produits à l'échelle provinciale ou par d'autres régions avait mis en évidence différents efforts entrepris afin que l'ensemble des régions puissent développer une vision commune et harmonisée de cette nouvelle approche, qualifiée d'abord d'*intégrée*. Il en ressortait que les différentes régions étaient tout au moins invitées à adopter cette approche, sans qu'il soit question pour autant d'*obligation* formelle imposée par le MSSS.

Interrogés à ce sujet, les informateurs lanaudois ont exprimé des opinions variables quant au **degré d'imposition de la nouvelle approche** par l'instance nationale. Par exemple, un intervenant affirmait : *faut pas se leurrer, on a des orientations au niveau du ministère*. Selon lui, cette approche représentait *un petit peu une mode au niveau de la santé publique*, qui serait axée sur *l'intégration, la concertation, le partenariat*. Ainsi, elle *découlerait un peu des orientations du ministère, qui étaient le 0-5-30, appliqué dans d'autres régions*. Un autre affirmait, plus fermement, que cette approche était *imposée dans bien des cas*, dans le sens que les acteurs concernés avaient *eu à le subir*. Il précisait ainsi sa

perspective : *Il y a des programmes qui étaient financés, puis c'est plus ça là. On s'en va dans l'autre sens.*

D'après un gestionnaire, l'approche était *quelque chose qui était venu du ministère*, et un plan d'action national concernant la prévention des maladies chroniques aurait contribué à influencer les régions dans ce sens. En fait, ce document d'orientation aurait même incité chacune d'entre elles à se doter, dans ce domaine, d'objectifs et d'activités communes pour ses propres CSSS et établissements. À l'égard de telles orientations, un autre gestionnaire apportait une nuance touchant les résultats attendus. D'après lui : *Ce qu'on est tenu de faire, c'est d'atteindre les résultats qui sont dans le PNSP, les activités, et dans le PNSP, ils sont (classés) par : tabac, alimentation, activité physique.*

Pour d'autres informateurs, la nouvelle approche semble avoir été reçue davantage comme **une proposition, une recommandation de l'instance nationale**. Il en est de même pour le *modèle 0-5-30* de cette approche. Ainsi, un intervenant affirmait : *Je pense qu'on voulait pas nous imposer le 0-5-30. Peut-être qu'on voulait nous parler de l'approche globale et intégrée, mais on nous apportait le 0-5-30 comme un modèle. (...) Oui, un exemple, une illustration.*

Des informateurs ont également présenté leur compréhension personnelle des **circonstances** ayant conduit les instances québécoises de la santé publique à encourager l'adoption de l'approche intégrée ou globale des saines habitudes de vie. Selon les cas, ils associaient cette orientation soit à un courant généralisé prévalant dans le milieu international de la santé publique, soit à des recommandations plus concrètes visant à promouvoir le modèle développé par la région de la Capitale-Nationale en raison des qualités qui lui étaient reconnues. Ainsi, selon un intervenant, si le ministère adhérait à cette approche, c'était *parce qu'il y a un modèle ailleurs qui a été appliqué et qui fonctionne*. Pour un autre, la *raison première* de l'encouragement venu du ministère serait que *les outils étaient faits, la démarche était faite*.

Selon un intervenant, en tant que *leader là-dedans*, c'est-à-dire de l'approche liée à son modèle, la région de Québec aurait même *poussé cette idée-là*. Des informateurs ont toutefois exprimé des bémols quant à la possibilité que toutes les régions puissent adopter tel quel **un modèle développé dans l'une d'entre elles**. À leur avis, même si on reconnaît de nombreuses qualités à un modèle, il est nécessaire que les autres régions aient la possibilité de l'adapter afin qu'il puisse *correspondre à leur couleur*, étant donné que *chaque territoire a ses particularités*. Dans le même ordre d'idée, un intervenant a mentionné la réticence particulière à l'imposition de façons de faire qui pouvait être exprimée au sein d'un réseau comme celui de Kino-Québec. Ainsi, selon lui : *Quand ils nous voient arriver avec des programmes comme ça, même s'ils sont efficaces et que tu as de bons résultats, le monde veut pas se faire imposer des façons de faire.*

Concernant spécifiquement la région Lanaudière, un intervenant a souligné que les acteurs de la santé publique avaient pu décider ensemble, au sein de leur comité saines habitudes de vie, de travailler **dans le sens de la nouvelle approche, mais sans adopter le 0-5-30**.

D'autres informateurs ont associé les premières expériences de l'approche intégrée ou globale, dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, à des **expériences précédentes touchant un milieu particulier**. Ils ont mentionné spécialement les milieux scolaire (avec *École en santé*) et municipal (avec *Villes et villages en santé*).

Un autre élément de contexte abordé lors des entrevues individuelles était la **réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux** et notamment la création des CSSS, qui coïncidait avec l'implantation de la nouvelle approche. Il semble que cette réorganisation venait complexifier la situation. Par exemple, un gestionnaire affirmait : *C'est jeune comme projet et il arrive au pire moment de notre histoire, celui où on vit la fusion*.

Lors du groupe de discussion, les informateurs ont fait état d'**éléments de contexte plus récents** qui pouvaient aussi influencer l'adoption de l'approche par les acteurs concernés. Ils ont mentionné plus particulièrement le programme *Québec en forme*, qui permettait de multiplier les *occasions de concertation entre les différents niveaux*, ainsi que le travail de rédaction du nouveau PAR, lors duquel *les vis-à-vis ont fait une démarche* susceptible de contribuer à *harmoniser les choses*. Enfin, il a été question de la démarche d'évaluation en cours, dont un informateur s'attendait qu'elle conduise à *avoir une vision plus claire des choses pour prendre une orientation, puis y aller*.

En résumé, les informateurs ont fait état de la façon dont ils ont compris et vécu, à l'échelle régionale, le contexte entourant l'adoption plus officielle de la nouvelle approche. À cet égard, les points de vue n'étaient pas toujours uniformes, notamment quant à la façon dont les instances nationales ont incité les régions à adopter cette approche (proposition, recommandation ou imposition de l'approche). Il est probable que les acteurs les plus bousculés dans leurs pratiques (privation d'un financement jusqu'alors habituel, par exemple), aient vécu plus négativement l'incitation à les modifier dans le sens de l'approche désormais préconisée. Par ailleurs, on note que la plupart des éléments de contexte mentionnés semblent avoir été vécus assez positivement par les acteurs, dans la mesure où ils ne remettaient pas en cause de façon unilatérale les pratiques développées régionalement.

TABLEAU 5

Le contexte de la mise en œuvre de l'approche IGC, selon les informateurs ¹		
Éléments de contexte	Type d'influence perçue (+ ou -)	Types d'informateurs ²
Proposition, recommandation ou imposition de l'approche par le national	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceptions variables de l'influence du national, des orientations venues du ministère (+ ou -) ▪ Mode en santé publique (intégration, concertation, partenariat) (+ ou -) ▪ Financement arrêté de certains programmes (-) ▪ Publication d'un document prescriptif par le national (plan d'action national sur la prévention des maladies chroniques) (+ ou -) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1)
Adoption proposée du modèle de la région de la Capitale-Nationale (0-5-30)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité que les régions puissent adapter les modèles proposés (+ ou -) ▪ Choix lanaudois de travailler dans le sens de la nouvelle approche sans adopter le 0-5-30 (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Expériences précédentes dans le même sens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expériences apparemment positives dans les milieux municipal et scolaire (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1)
Réorganisation du réseau (arrivée des CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élément complexifiant l'adoption de l'approche (+ ou -) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Québec en forme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplication des occasions de concertation (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)
Rédaction du PAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercice facilitant une harmonisation (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)
Évaluation en cours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribution possible à la clarification de l'approche (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.2.2 Le positionnement des acteurs lanaudois face aux raisons expliquant l'adoption de l'approche IGC

L'adoption de la nouvelle approche par les différentes instances de santé publique, dont celle de Lanaudière, était basée sur un certain nombre de raisons ou d'arguments garants de sa pertinence, dont ses bases scientifiques. Celles-ci peuvent être considérées comme des justifications ou des motivations invoquées par les promoteurs de l'approche (institutions ou individus). Par ailleurs, chacun des acteurs lanaudois concernés par l'approche pouvait, individuellement, se positionner de façon différente à l'égard de ces raisons ou arguments.

Diverses raisons ont été mentionnées par les informateurs. Certains l'associaient simplement à une *mode* ou à un *courant* en santé publique. À l'autre extrémité de l'axe, on retrouve les raisons plus « dures » invoquant l'efficacité de l'approche, qui serait basée sur des études scientifiques ou des résultats empiriques. Ainsi, des informateurs prenaient pour acquis que l'encouragement à adopter largement une telle approche ne pouvait qu'être basé sur des **preuves solides de son efficacité**. Par exemple, un intervenant affirmait :

Je pense que c'est parti de ce qui s'est fait à Québec. J'ai dit tantôt que, possiblement, il y a des résultats qui ont été concluants. Quand on parle de synergie, je ne pense pas qu'on l'invente. Il y a des choses qui ont dû être observées et relevées. (...) Je ne peux pas imaginer qu'on puisse arriver avec un concept comme ça sans avoir expérimenté de bons résultats. Sinon, sur quoi je me baserais?

Dans le même sens, l'informateur soulignait l'importance accordée, dans les façons de faire habituelles de la santé publique, au critère d'efficacité démontrée (*evidence based*) des interventions retenues. Selon lui, ces choix s'appuyaient généralement sur des revues de littérature.

D'autres informateurs reconnaissaient et endossaient eux-mêmes certains aspects de l'approche faisant foi, selon eux, de son efficacité. Ça a été le cas, notamment, pour l'action sur les environnements. Ainsi, un informateur affirmait qu'il fallait *beaucoup d'énergie* pour tenter de transmettre le *message intégré* portant sur trois ou quatre facteurs de risque par le moyen du *counselling individuel*. À son avis, par contre, *si on travaille sur une poignée de décideurs et qu'on réussit à modifier des choses dans l'environnement, on va avoir beaucoup plus d'impact pour le même effort, la même énergie mise.*

Un peu dans le même sens, des informateurs ont associé l'efficacité de l'approche à la synergie ou au **non-dédoublé des interventions**. De leur point de vue, il serait plus efficace, pour intervenir auprès d'une même clientèle, que les intervenants *préparent quelque chose en travaillant tous en même temps*, plutôt que de fonctionner en parallèle, avec *deux, trois, quatre, cinq, six personnes qui vont venir intervenir avec chacune sa petite valise* auprès de cette même clientèle. De même, cette façon de travailler permettrait de *partager des outils* puisque, selon un autre informateur, *la même méthode est bonne, peu importe l'habitude de vie qu'on veut améliorer.*

Par ailleurs, des informateurs sont revenus sur la notion d'**efficacité associée aux assises scientifiques** de l'approche, dont il a été fait état dans une section précédente de l'analyse. Par exemple, un intervenant soulignait l'écart entre les promesses de la théorie et les résultats réels obtenus, selon lui, lors de sa mise en œuvre *avec les partenaires, sur le terrain, où ce serait difficile à implanter.*

Les autres éléments mentionnés par les informateurs en tant que raisons invoquées pour justifier l'adoption de l'approche étaient **de nature contextuelle**. Parmi ceux-ci, on retrouve l'importance sociale accordée aux habitudes de vie associées aux maladies chroniques. Ainsi, un intervenant expliquait qu'à son avis, c'était l'ampleur de ces problèmes qui avait orienté le choix d'une approche centrée sur la prévention et sur *l'approche environnementale*, de manière à *toucher plus*

de gens. À son avis, les instances de santé publique n'avaient tout simplement pas le choix d'adopter cette nouvelle approche.

D'autres informateurs ont fait état d'une ***influence possible du milieu scolaire*** sur l'adoption de l'approche intégrée ou globale. Dans un cas, l'intervenant affirmait que les écoles étaient auparavant *surchargées* parce que les intervenants y arrivaient individuellement, ou *en silos*, pour offrir leurs propres activités, ce à quoi la nouvelle approche pouvait apporter une solution. Au contraire, un autre intervenant démentait cette explication en affirmant : *On prend toujours pour acquis que les écoles sont trop sollicitées. Je pense que c'est un faux problème.*

Enfin, sans qu'il s'agisse d'arguments visant à justifier l'adoption de l'approche intégrée ou globale des habitudes de vie et des maladies chroniques, des informateurs ont laissé entendre que les pratiques de santé publique avaient évolué vers cette approche presque naturellement, ou par la force des choses. Ainsi, un intervenant a affirmé que ce n'était pas sur la base de nouvelles orientations théoriques (*ce n'est pas venu d'un concept*) qu'il avait personnellement adopté l'approche intégrée. Selon lui, c'était plutôt pour *répondre aux besoins des gens* et à ceux *du terrain*. Finalement, *c'était venu naturel* à force de travailler en concertation avec d'autres acteurs compte tenu des particularités d'un vaste territoire. Pour sa part, un autre intervenant suggérait : *Peut-être que l'idée d'avoir une approche plus globale et concertée vient du fait qu'on s'aperçoit que c'est les mêmes facteurs de risque qui amènent la consommation de certains produits.*

On peut noter que cette dimension des raisons expliquant le choix de l'approche n'a pas été abordée ou reprise de façon formelle lors du groupe de discussion.

En résumé, parmi les raisons abordées par les informateurs - on peut noter qu'il s'agissait d'intervenants - plus de la moitié touchaient un aspect ou l'autre de l'efficacité des pratiques associées à la nouvelle approche. Il semble donc que cette question revêtait un grand intérêt pour cette catégorie d'acteurs, d'autant plus qu'en général, les informateurs ont endossé les raisons mentionnées à ce sujet.

TABLEAU 6

Les raisons expliquant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs ¹		
Raisons mentionnées	Positionnement des informateurs	Types d'informateurs ²
Mode ou courant en santé publique	▪ Endossement de ce point de vue	▪ Intervenant (1)
Efficacité démontrée par des expériences ailleurs	▪ Confiance accordée aux résultats concluants présentés	▪ Intervenant (1)
Efficacité associée à des aspects spécifiques liés à l'approche	▪ Efficacité prise pour acquis	▪ Intervenant (1)
Efficacité associée au non-dédoulement des interventions	▪ Endossement de ce point de vue	▪ Intervenant (2)
Promesses d'efficacité associées à la théorie	▪ Doute émis lié aux difficultés d'implantation	▪ Intervenant (1)
Influence du contexte	▪ Endossement de point de vue	▪ Intervenant (1)
Influence du milieu scolaire (adaptation à une sursollicitation)	▪ Avis partagés de deux informateurs; l'un endosse ce point de vue, l'autre pas	▪ Intervenant (1)
Évolution presque naturelle des pratiques	▪ Endossement de ce point de vue	▪ Intervenant (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.2.3 Les facteurs facilitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs

Au-delà des raisons expliquant l'adoption de la nouvelle approche, on retrouve, dans les propos des informateurs, la mention de facteurs qui pouvaient, selon eux, faciliter cette adoption et, par la suite, son actualisation dans les pratiques.

Un facteur rejoint la dernière raison expliquant le choix de l'approche, présentée à la section précédente. Il s'agit de l'observation selon laquelle cette approche s'insérait dans un mouvement ou une **évolution déjà amorcée**. Par exemple, un intervenant expliquait qu'il était *déjà dans ce mouvement-là* quand il a *vu arriver les choses*. Ainsi, comme il *cheminait dans le même sens*, il n'a pas eu l'impression que cette approche était quelque chose *de subi ou d'obligé*. De même, un autre affirmait qu'en *regardant arriver le concept*, il avait été agréablement surpris d'y retrouver *des affaires qu'il faisait* et une *façon de faire* à laquelle il n'était *pas étranger*.

On peut classer parmi le même type de facteurs facilitants les efforts qui auraient été déployés dans la région, avant l'adoption plus officielle de l'approche *intégrée*, pour **répartir les rôles des différents acteurs**. Selon un intervenant, il s'agirait même d'efforts initiés depuis quelques années, et simultanément à l'implantation des CSSS, en vue de *travailler plus ensemble*. L'informateur ajoutait que *dernièrement, c'est devenu plus clair : quel est le rôle, les fonctions par rapport au mandat*. De son point de vue, *ça, ça facilite notre approche*.

Certaines particularités lanaudoises semblaient constituer aussi des facteurs facilitants pour des informateurs. Parmi celles-ci, un intervenant a mentionné l'importance accordée dans la région au **développement des communautés**, qui ferait de Lanaudière une des régions *sûrement parmi les plus avancées pour permettre une certaine facilité, une certaine articulation*. Selon lui, l'adoption de l'approche en était favorisée parce qu'on y trouvait *un réseau existant* permettant *d'avoir accès plus à un plus grand nombre de gens et d'interventions*.

Un autre facteur ayant pu faciliter l'adoption de l'approche *intégrée* serait le fait que les acteurs lanaudois concernés, contrairement à ceux d'autres régions, aient décidé de la **construire autour de leurs acquis**, et ce, graduellement. Ainsi, selon un intervenant, ces derniers auraient su *respecter ce qui a été fait avant*, plutôt que de *faire table rase* comme ailleurs.

Dans le même sens, d'autres informateurs ont mentionné l'élaboration d'**un cadre de référence** proprement lanaudois de l'approche globale comme un moyen permettant aux acteurs de la DSPE et des deux CSSS de s'approprier cette approche tout en conservant les acquis développés au fil des pratiques antérieures. D'après un intervenant, ce document d'orientation devait leur permettre de *se réajuster un petit peu dans les moyens qu'ils se donnent*. Selon un gestionnaire, il avait été construit à la suite d'une consultation et il avait le mérite de *faire en sorte que les gens s'approprient tranquillement le langage, les champs d'action différents, les façons de faire qui pouvaient être différentes*. À son avis, l'appropriation de l'approche par le moyen du cadre de référence était conçue comme : *un processus graduel et différent pour chacun, parce que chacun part d'où il est, étant donné que la personne en tabac ou alimentation ne part pas de la même place*.

Enfin, lors du groupe de discussion, un intervenant a souligné que, depuis un an et demi, **le contexte** était devenu plus favorable à l'implantation de la nouvelle approche. D'après lui, cela s'expliquait parce qu'on retrouvait alors *beaucoup plus d'occasions de concertation entre les différents niveaux*, grâce au travail réalisé par le *Plateau lanaudois intersectoriel (PLI) de Québec en forme*.

En somme, on constate que certains des facteurs facilitants identifiés par les informateurs sont apparus comme des préalables à l'adoption officielle de la nouvelle approche (évolution déjà amorcée, répartition des rôles des acteurs, développement des possibilités). D'autres se présentaient davantage comme des moyens de renforcement liés à des choix posés après l'adoption de l'approche (possibilité de construire autour des acquis et élaboration d'un cadre de référence lanaudois) ou à une situation extérieure survenue également après l'adoption de l'approche (contexte favorable avec *Québec en forme*).

TABEAU 7

Les facteurs facilitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs ¹		
Facteurs identifiés	Éléments de contenu	Types d'informateurs ²
Évolution déjà amorcée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche non perçue comme une obligation ▪ Possibilité d'aller plus loin dans ce sens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Répartition des rôles des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efforts amorcés avant l'adoption officielle de la nouvelle approche, en lien avec les CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Développement des communautés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réseaux et concertation déjà mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Possibilité de construire autour des acquis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité de respecter ce qui avait été construit précédemment 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Élaboration d'un cadre de référence lanauois	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyen formel d'appropriation de l'approche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1)
Contexte davantage favorable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évolution positive avec la création du PLI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.2.4 Les facteurs limitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs

De même qu'ils ont fait état de facteurs ayant pu faciliter l'adoption de l'approche IGC, les informateurs ont aussi mentionné quelques facteurs constituant, au contraire, des contraintes à cette adoption. Parmi ceux-ci, celui qui a été mentionné le plus souvent était la difficulté de **concilier la nouvelle approche avec l'efficacité acquise grâce à des pratiques antérieures** qui avaient fait leurs preuves, le plus souvent dans des dossiers spécifiques menés individuellement. On peut noter que ce sont exclusivement des intervenant qui ont abordé cet aspect.

Ces informateurs ont fait état, par exemple, en guise d'éléments d'expertise difficiles à délaisser, de *stratégies éprouvées et prometteuses développées depuis un grand bout de temps*, de la connaissance acquise des *meilleures pratiques pour chacun des dossiers*, et de la nécessaire *intensité des programmes* garante de leur efficacité (c'est-à-dire importance de *déployer la même mesure tout le temps*, afin qu'elle *dure dans le temps* et que *les gens en parlent*).

Selon eux, il ne fallait pas *perdre de vue les éléments essentiels* déjà acquis, ces *choses qu'il faut faire pour avoir un impact*. Il fallait donc garder en tête les connaissances développées sur *ce qui marche et ce qui marche pas*, ainsi que les objectifs de résultats attendus (en données mesurables telles des taux) pour chacun des domaines d'intervention/facteurs de risque. Ce dernier informateur ajoutait que, de son point de vue, la mise en œuvre de l'approche globale s'était

traduite par la *perte d'une année* complète, étant donné qu'ils *n'avaient pas eu d'inscriptions*. Dans le même sens, un autre expliquait qu'avec cette nouvelle approche, c'était *plus long à arriver à des résultats*, et que c'était également *plus dur à mesurer* puisque, parmi les intervenants, *tout le monde a ses indicateurs spécifiques* à son domaine d'intervention/facteur de risque.

Un autre facteur limitant, mentionné par un intervenant, est **la résistance aux changements**. D'après lui, certains acteurs auraient *leurs façons de faire qu'ils ne veulent pas changer* et auraient tendance à voir comme *menaçantes* les choses nouvelles qui leur seraient présentées. Par contre, selon un gestionnaire, on ne retrouverait pas dans Lanaudière des acteurs carrément réfractaires à la nouvelle approche, mais davantage *des personnes qui veulent la développer à leur façon*. Celles-ci préféreraient commencer par *voir où elles en sont rendues dans leur région* ainsi que *ce que leurs partenaires veulent faire*, avant de développer cette façon de faire propre à Lanaudière.

Enfin, un intervenant a identifié **l'aspect économique** comme un élément contraignant susceptible de limiter l'adoption de l'approche. À son avis, cette approche aurait été développée dans le cadre de *grosses études américaines mur à mur* ayant pu compter sur *des millions de dollars investis*. Selon lui, au moment de l'entrevue, on était *en train de prouver que ça s'adapte plus ou moins ici*, et de constater qu'il serait peu réaliste de tenter de *prendre ce modèle-là en tant que tel et de vouloir faire quelque chose avec ça*. Bref, *quand on n'a pas de gros sous, on n'y va pas mur à mur; on y va sur une base volontaire, avec des incitatifs*.

Dans l'ensemble, on peut constater que les acteurs lanaudois concernés par la nouvelle approche semblent avoir choisi de contourner les facteurs limitant son adoption. En effet, selon un gestionnaire, ils auraient choisi de *ne rien laisser tomber* de leurs façons de faire antérieures à l'adoption de cette nouvelle approche, pour plutôt *faire un petit virage tranquillement* vers quelque chose d'autre. Ainsi, à l'égard des milieux visés, ils présenteraient une certaine *constance*. Ils *conserveraient leurs acquis* tout en s'efforçant d'*ajouter, compléter, bâtir*.

Notons que les facteurs limitant l'adoption de l'approche IGC n'ont pas été spécifiquement abordés par les participants au groupe de discussion.

TABLEAU 8

Les facteurs limitant l'adoption de l'approche IGC, selon les informateurs ¹		
Facteurs identifiés	Éléments de contenu	Types d'informateurs ²
Conciliation de l'approche avec l'efficacité des pratiques antérieures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à délaissier des stratégies éprouvées et prometteuses ▪ Résultats moins positifs observés depuis les changements en fonction de l'approche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Résistance aux changements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur de perdre son autonomie, mais possibilités d'ajustement graduel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1)
Aspect économique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche basée sur des études américaines disposant de budgets importants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.2.5 En somme : entre l'adoption obligée et l'adhésion inconditionnelle

Tentons maintenant de résumer le positionnement personnel des informateurs à l'égard de la nouvelle approche intégrée ou globale. Il s'agit de distinguer les nuances dans le positionnement de ces acteurs, qui vont, selon les cas, d'une compréhension-appropriation de base à une adhésion totale et inconditionnelle, en passant par une adoption plus ou moins obligée ou imposée.

En premier lieu, d'un point de vue simplement mathématique, on constate que, lors des entrevues individuelles, près de la moitié des informateurs (quatre intervenants et un gestionnaire) avaient affirmé clairement qu'ils adhéraient pleinement à cette nouvelle approche. Parmi les autres informateurs, deux intervenants avaient exprimé quelques réserves, et trois gestionnaires n'avaient pas abordé la question directement dans le sens de leur adhésion personnelle ou non. Il en était de même pour un intervenant qui avait utilisé un mode essentiellement descriptif pour parler de l'approche, comme d'un objet extérieur à lui, sans prendre position.

Par ailleurs, quelques informateurs se sont prononcés à propos du degré d'adhésion à l'approche qu'ils observaient autour d'eux, parmi les acteurs lanudois concernés. Dans l'ensemble, ces quatre intervenants et un gestionnaire ont fait état d'une attitude qui leur apparaissait généralement positive. Trois d'entre eux ont cependant mentionné des nuances : les intervenants souhaiteraient développer l'approche à leur façon, et certains seraient toujours réfractaires aux changements.

On remarque que les informateurs ayant signifié la plus totale adhésion à la nouvelle approche, lors des entrevues individuelles, étaient principalement des intervenants. Parmi leurs témoignages enthousiastes, on retrouve les affirmations suivantes qualifiant cette approche : *ça colle à moi facilement, ça me parle beaucoup, ça répondait vraiment à ce à quoi j'aspirais depuis toujours, et il y a une façon de travailler avec plein de façons de faire qui, à mon avis là, est meilleure que ce qu'on avait comme approche précédemment.*

Quant à ceux qui avaient exprimé des réserves personnelles à l'égard de la nouvelle approche, celles-ci portaient : sur son efficacité qui *restait à démontrer*, sur le temps plus long nécessaire pour *arriver à des résultats* qui demeuraient eux-mêmes *plus durs à mesurer*, sur le constat que *c'est pas tout le monde qui est prêt à adhérer à ça*; ainsi que sur les difficultés à *l'articuler dans la vraie vie*, notamment *dans les planifications.*

Dans le même sens que ce dernier intervenant, un gestionnaire affirmait ne pas savoir s'il y avait des personnes réfractaires à l'approche, parmi les acteurs lanaudois invités à l'adopter. Selon lui, au moment des entrevues individuelles, il se trouvait surtout *des personnes qui voulaient la développer à leur façon.*

Lors du groupe de discussion, tenu un an et demi après les entrevues individuelles, aucun décompte systématique des adhérents à la nouvelle approche n'a été effectué, toutefois l'un des participants a affirmé qu'ils étaient *tous d'accord* avec cette approche. Dans l'ensemble, d'ailleurs, aucun d'entre eux n'a exprimé d'opinion contraire. Par contre, ils rappelaient certaines contraintes à l'adoption de l'approche déjà identifiées dans les entrevues individuelles. Ils apportaient également quelques éléments nouveaux (facilitants et contraignants) permettant de faire le point sur l'évolution observée dans l'appropriation de cette approche, depuis la première étape de la collecte des données. En fait, on constate que rien n'était encore totalement acquis à cet égard, c'est-à-dire que, malgré une base commune perceptible, l'approche ne semblait toujours pas comprise, partagée et mise en œuvre de la même façon par tous les acteurs lanaudois concernés.

Ainsi, des informateurs ont mentionné qu'ils ne *comprenaient pas* encore tous de la même façon la nouvelle approche, qu'ils ne se l'étaient pas encore appropriée *de façon concertée* et qu'ils n'étaient pas *tous à la même place au niveau de la vision, de l'éducation et de la concertation.* En conséquence, l'approche globale apparaissait à *plusieurs vitesses.* Pour certains, il restait encore à faire le choix collectif d'adhérer à cette nouvelle approche, et il fallait encore invoquer des arguments pour encourager ce choix. Par exemple, un intervenant affirmait qu'il fallait *avoir un consensus par rapport à une couple de choses* et, par la suite, décider si *on embarque ou on n'embarque pas.* De même, un autre jugeait que *ça descend, puis il faut y aller, il faut embarquer.*

À l'instar de ce dernier informateur, d'autres intervenants ont aussi affirmé que les rencontres d'équipe pouvaient constituer des moments propices pour développer, entre les acteurs lanaudois, une appropriation collective de la nouvelle approche. Toutefois, ils exprimaient parfois du même souffle certaines réserves ou contraintes. Par exemple, l'un d'eux mentionnait qu'il n'était peut-être pas nécessaire de *faire des rencontres exprès pour ça*, alors qu'un autre, faisant allusion au groupe de discussion en cours, se demandait si ça prenait *des focus groups pour se mettre en lien*. Pour sa part, un autre informateur soulignait combien il lui apparaissait important que les acteurs *écoutent beaucoup* les intervenants locaux et qu'ils *travaillent en étroite collaboration*, afin que tous puissent *voir comment ça se passe*, notamment pour ce qui est du *procédé d'approche pour s'assurer qu'il y ait un continuum de services dans l'offre*.

En outre, pour certains informateurs, les différentes occasions de rencontre entre les acteurs pouvaient constituer également des occasions de *partager pour pouvoir se serrer les coudes*. Il s'agissait de les aider à demeurer toujours *porteurs de la vision globale*, malgré le fait qu'ils continuaient à travailler principalement *par rapport à la problématique qui leur était propre*. À cet égard, ce besoin de rencontre est apparu encore plus important pour des acteurs arrivés en poste après la formation initiale associée à l'implantation régionale de l'approche. Ainsi, l'un d'eux considérait qu'il y aurait *un travail individuel à faire*, mais que, d'autre part, les intervenants auraient besoin de *se le faire rappeler*.

Par ailleurs, on peut mentionner encore une fois que la concertation, notamment entre les acteurs régionaux, avait été identifiée par les informateurs comme une des composantes essentielles de la nouvelle approche. Les rencontres sont, de toute évidence, un moyen privilégié pour faciliter cette concertation, ainsi que la communication entre les acteurs. Un intervenant décrivait ainsi sa vision de la dimension communication-concertation de l'approche :

Pour moi, les éléments les plus importants là : ça permet la bonne collaboration, la bonne communication entre les intervenants et gestionnaires. (...) Bien ça donne vraiment une vue d'ensemble. Puis ça te permet d'échanger sur les interventions, sur les méthodes d'intervention qui sont faites, utilisées, afin de mieux s'améliorer aussi. (...) Bien ensemble. On travaille ensemble, étant donné qu'on a une approche concertée et globale. On travaille ensemble. Ça nous amène à mieux communiquer puis à échanger sur les démarches.

Toujours dans le cadre du groupe de discussion, des intervenants ont établi des liens entre l'appropriation de la nouvelle approche et des dimensions concrètes de sa mise en œuvre dans la région. Ils ont, notamment, fait état d'une confusion entre l'approche et l'offre de service regroupée, moyen privilégié dans Lanaudière comme interface entre les intervenants en promotion de saines habitudes de vie et

les milieux visés par leur intervention. Leurs propos sont éloquentes, l'un d'eux percevant même la confusion jusque dans la démarche d'évaluation :

On a questionné la pertinence d'avoir une approche intégrée au moment où une offre de service avait créé des problèmes. (...) C'est pour ça que je me demande des fois si on n'est pas sur des perceptions d'efficacité de l'approche en fonction de l'efficacité de l'offre de service. (...) Notre façon d'actualiser une approche intégrée a été à travers l'offre de service intégrée.

C'est pas clair. On parle, on n'est pas sûr de quoi on parle ou de ce qu'on veut évaluer là. (...) Étant donné que l'approche est beaucoup servie par l'offre de service, c'est comme si, oups, on est porté à dire, bien c'est l'offre de service qui... (...) Ou est-ce que l'offre de service nous permet vraiment de pouvoir agir dans les milieux avec notre approche intégrée?

Pour sa part, un autre intervenant a directement associé son adhésion personnelle à l'approche à sa mise en œuvre par le moyen de l'offre de service. De son point de vue, il était *entièrement d'accord* avec cette approche, *du fait que, lorsqu'on arrive avec une offre de service globale, ça fait en sorte qu'ils ont plus de choix*. Cela dit, ce témoignage positif ne faisait pas pour autant abstraction des résultats moins positifs obtenus par ce moyen. Ainsi, selon lui, si l'offre de service regroupée pouvait *répondre peut-être plus aux milieux*, étant donné qu'ils auraient *un choix à faire*, il constatait qu'il n'arrivait plus aussi bien avec ses propositions d'intervention à *rentrer partout*.

La question plus générale des résultats obtenus conséquemment à l'adoption de la nouvelle approche a également donné lieu à des échanges lors du groupe de discussion. Un intervenant en particulier a semblé accorder beaucoup d'importance à cet aspect, présenté comme une contrainte à l'implantation de cette approche. Pour lui, en effet, la principale lacune de l'approche, à laquelle il affirmait pourtant être d'accord *théoriquement*, se situait justement à ce *plan pratico-pratique* qui conduisait à des résultats moins satisfaisants que ceux qui étaient atteints précédemment. Selon lui, en tant qu'*experts* associé à des domaines d'intervention/facteur de risque particuliers, on attendait des intervenants en promotion de saines habitudes de vie qu'ils poursuivent et atteignent *des objectifs clairs*. De son point de vue, ils étaient en mesure de le faire auparavant, puisqu'ils savaient *ce qu'il faut faire pour que ça marche* et *quelles sont les interventions efficaces*. Par contre, il laissait entendre qu'il ne savait pas ce qui pouvait être efficace *quand on se met à tout conjuguer ça*.

Si on tente maintenant un bilan de l'analyse de ce deuxième thème, on constate que les informateurs, en tant qu'acteurs directement concernés, ont tous été amenés à cheminer vers une appropriation personnelle de la nouvelle approche qui leur était proposée (imposée pour certains) à partir des instances provinciales de la

santé publique. Ils en ont témoigné lors des entrevues individuelles. De toute évidence, cette appropriation prenait la forme d'un processus graduel, toujours en cours au moment du groupe de discussion. Mais dans l'ensemble, le positionnement des informateurs à l'égard de la nouvelle approche semblait plutôt favorable. Ils montraient généralement de l'ouverture.

On note que le processus d'appropriation qui se déroulait se situait à plusieurs niveaux simultanément. Ainsi, les acteurs concernés devaient à la fois intégrer les fondements ou les principes de l'approche IGC (les comprendre, les maîtriser) et trouver le moyen d'en colorer peu à peu leurs pratiques pour en venir, éventuellement, à les intégrer plus complètement. Ils devaient donc viser en même temps à se doter d'une définition plus claire - et idéalement partagée - de l'approche, et à la mettre en œuvre dès maintenant. Les propos des informateurs ont montré qu'ils avaient choisi de faire tout cela progressivement, en prenant pour base les pratiques déjà développées régionalement.

On peut retenir également que le processus d'appropriation en cours prenait place dans un contexte plutôt favorable à ce genre d'approches (milieu scolaire, Québec en forme, rédaction du PAR). Pour certains informateurs, il s'insérait même dans un mouvement général d'évolution déjà amorcé au sein des milieux d'intervention lanauchois, bien que les différents intervenants pouvaient *partir d'où ils étaient*.

Finalement, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, dès l'exploration des définitions accolées à la nouvelle approche (section 4.1), il est apparu évident que, dans Lanaudière, celle-ci était étroitement et automatiquement associée à des pratiques ou façons de faire. On peut penser que ce biais a aussi influencé son appropriation par les intervenants et les gestionnaires concernés. Notamment, on pourrait voir un indice de cette influence dans la décision initiale et collective des acteurs lanauchois de la DSPE d'adhérer à la nouvelle approche, dans la mesure où ils pouvaient tabler sur leurs acquis. Autrement dit, dans la mesure où on leur permettait d'intégrer graduellement la nouvelle approche à des façons de faire développées régionalement, et non le contraire.

TABLEAU 9

Synthèse des dimensions éclairant l'appropriation de l'approche IGC ¹		
Dimensions abordées	Éléments de contenu	Influence sur l'appropriation
Contexte de la mise en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition, recommandation ou imposition de l'approche par le national ▪ Adoption proposée du modèle de la région de la Capitale-Nationale (0-5-30) ▪ Expériences précédentes dans le même sens ▪ Réorganisation du réseau (arrivée des CSSS) ▪ Québec en forme ▪ Rédaction du PAR ▪ Évaluation en cours 	La plupart des éléments de contexte ont été vécus plutôt positivement quand ils ne remettaient pas en cause les pratiques existantes.
Raisons expliquant l'adoption de l'approche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode ou courant en santé publique ▪ Efficacité démontrée par des expériences ailleurs ▪ Efficacité associée à des aspects spécifiques liés à l'approche ▪ Efficacité associée au non-dédoulement des interventions ▪ Promesses d'efficacité associées à la théorie ▪ Influence du contexte ▪ Influence du milieu scolaire (adaptation à sursollicitation) ▪ Évolution presque naturelle des pratiques 	La plupart de ces raisons ont été endossées par les acteurs. Donc influence positive dans l'ensemble.
Facteurs facilitants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évolution déjà amorcée ▪ Répartition des rôles des acteurs ▪ Développement des communautés ▪ Possibilité de construire autour des acquis ▪ Élaboration d'un cadre de référence lanaudois ▪ Contexte davantage favorable 	Ces facteurs ont eu une influence positive.
Facteurs limitants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciliation de l'approche avec l'efficacité des pratiques antérieures ▪ Résistance aux changements ▪ Aspect économique 	Ces facteurs ont été généralement contournés par les acteurs.

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

4.3 L'actualisation de l'approche : de la théorie à la pratique

La troisième thématique principale abordée concernant la nouvelle approche des habitudes de vie et des maladies chroniques est son actualisation dans les pratiques, c'est-à-dire dans les activités mises en oeuvre par les intervenants concernés. Autrement dit, il s'agissait de voir comment ces derniers traduisaient la « théorie » de l'approche dans le « concret » de leurs interventions.

Cet aspect du contenu a été abordé principalement lors des entrevues individuelles. En tout cas, il a été davantage approfondi à ce moment. Ainsi, les questions avaient permis notamment de distinguer les pratiques réalisées avant et après l'introduction plus officielle et articulée de l'approche saines habitudes de vie. Cette distinction apparaissait importante pour bien comprendre ce qui avait vraiment changé concrètement avec l'adoption de cette « nouvelle » approche, du moins au cours des deux premières années.

C'est pourquoi les résultats à ce sujet sont présentés en mettant en évidence cette coupure présumée, lors de la collecte des données, entre « l'avant » et « l'après ».

Cela étant dit, il est important de préciser que l'analyse des propos des informateurs a conduit à relativiser l'existence d'une telle coupure vraiment nette entre deux façons de faire qui aurait été marquée par l'introduction d'une approche nouvelle et différente. En fait, comme on le verra plus loin, la réalité du passage d'une approche à une autre semble avoir davantage pris la forme d'un processus graduel d'évolution intégrant et combinant, plus ou moins transitoirement, des éléments de « l'ancienne » et de « la nouvelle » approche. D'ailleurs, on rappellera que l'appellation nouvelle approche est employée comme un terme générique constituant un équivalent d'approche IGC ou approche saines habitudes de vie.

Par ailleurs, on peut souligner que, tout au long des entrevues individuelles et aussi lors du groupe de discussion, les propos des informateurs ont montré que la dimension pratique de l'intervention sur le terrain était centrale dans leur compréhension et dans l'attitude qu'ils affichaient face à la nouvelle approche. Deux citations d'intervenants en constituent une première illustration significative.

Je pense que la définition (de l'approche) vient surtout de la pratique, de ce qu'on fait, de ce qu'on pense de faire.

C'est quand on vient pour actualiser les choses que ça pose problème.

4.3.1 Les pratiques « d'avant » la nouvelle approche

Les prochains paragraphes seront consacrés à une présentation des résultats de l'étude concernant les pratiques de promotion des saines habitudes de vie réalisées par les intervenants de la DSPE et des deux CSSS avant l'introduction « officielle » de la nouvelle approche. En premier lieu, des informations descriptives, plutôt factuelles, seront livrées. Ensuite, seront exposées successivement les forces et les faiblesses des pratiques « d'avant », telles que vécues et comprises¹² par les gestionnaires et intervenants de la DSPE et des CSSS, principaux acteurs directement concernés par la mise en œuvre de la nouvelle approche dans leur travail. Enfin, une synthèse des principaux éléments dégagés de l'analyse sera proposée. Elle servira par la suite de point de repère lors de l'analyse des pratiques ayant eu cours après l'adoption de la nouvelle approche.

¹²Malgré la répétition, il ne semble pas superflu de souligner à nouveau le fait que les forces et les faiblesses (et également, en partie, les éléments plus descriptifs), identifiées par les informateurs ne constituent pas des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent toujours être considérés, au contraire, comme des éléments subjectifs qui sont des composantes de leurs représentations sociales. Et ces dernières sont prises en compte dans l'étude, notamment pour leur influence sur les pratiques.

4.3.1.1 Description

D'abord, des informateurs en poste depuis relativement longtemps au sein de la DSPE ont esquissé un **bref historique de l'évolution des pratiques et des approches** entourant la promotion des saines habitudes de vie. Leurs propos ont permis de comprendre qu'ils étaient passés successivement de la promotion de saines habitudes de vie individuelles (par exemple, l'alimentation, mais sans faire de lien avec l'activité physique) à une période axée davantage sur la prévention de maladies chroniques (par exemple, les maladies cardiovasculaires). En même temps, les clientèles visées auraient évolué.

Ainsi, pour reprendre l'exemple de l'alimentation, la première période axée sur la promotion visait les jeunes enfants et leurs familles, par le moyen d'activités tenues entre autres dans les centres commerciaux (on a mentionné *Santé et plaisir dans votre assiette*). Par la suite, l'époque de la prévention de certaines maladies, et plus particulièrement les maladies cardiovasculaires, semble avoir été davantage axée sur le *dépistage de facteurs de risque plutôt que le travail sur les déterminants de la santé*. Les interventions visaient alors la population en général. Loin de concerner seulement Lanaudière, cette époque, située dans les années 1980-1990, aurait été vécue *à travers toute l'Amérique*. Par ailleurs, au tournant des années 1990, le milieu scolaire aurait déjà commencé à *développer une approche plus globale*, avant de connaître à ce sujet un certain moment de *stagnation* récemment révolu.

Un intervenant a aussi mentionné qu'une tentative de travail plus concerté aurait été faite pendant la période consacrée aux maladies cardiovasculaires. Il relatait :

Quand j'y repense, c'est vrai qu'il y a eu un avant et un après. Parce que, justement, ce que tu viens de me dire me fait réaliser qu'on avait fait une tentative multisectorielle avec cardio-vasculaire. Après ça, on est retombé chacun dans nos facteurs de risque. (...) Oui, c'est-à-dire activité physique et nutrition, on est retombés dans nos choses.

Pour sa part, un gestionnaire a affirmé qu'à la DSPE, il y avait *toujours eu des dossiers pour les habitudes de vie* mais que, par contre, *pour les maladies chroniques, ça vient et ça va*. Il précisait que les porteurs de dossiers liés à des maladies chroniques avaient été responsables, notamment, de *maladies et santé cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires*.

Plus récemment, le projet régional *Participe à ta santé*, initié dans le milieu scolaire autour du problème du diabète, a été une autre occasion de tenter de nouvelles expériences d'intervention selon une approche globale intégrant les facteurs de risque liés à l'alimentation et à l'activité physique. À ce moment, les intervenants concernés auraient *essayé de se concerter dans les écoles pour travailler ensemble, activité physique et nutrition, à promouvoir des activités pour faire en sorte que les deux aspects étaient promus et qu'il y avait des activités qui se faisaient dans les écoles*. Ces activités visaient à la fois des individus et des milieux abordés comme étant susceptibles de *faciliter la santé et la pratique de saines habitudes de vie*.

De façon plus précise, les activités réalisées dans le cadre de *Participe à ta santé* prenaient la forme, dans les écoles, de *formations* ou *d'ateliers* touchant la nutrition, et d'activités regroupées sous la bannière déjà existante de *Mieux vivre dans la cour d'école*, en ce qui concerne l'activité physique. Pour le volet nutrition notamment, on aurait alors procédé à la formation *d'agents multiplicateurs* dans les écoles. L'aspect concerté du projet aurait pris la forme de rencontres des différentes personnes y travaillant. Le projet aurait *abouti à un colloque sur les saines habitudes de vie chez les jeunes*. L'informateur précisait que, malgré les efforts évidents en ce sens, *c'était pas nommé, en tant que tel, approche intégrée*. Il ajoutait également qu'à cette époque, selon lui, *il n'y avait rien eu avec les municipalités et avec les milieux de travail, du côté nutrition*, mais que d'autres activités avaient porté sur la sécurité alimentaire et la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Un autre intervenant a expliqué que son travail ne l'amenait pas à avoir des contacts directs avec les milieux. Il disait savoir, malgré tout, que les infirmières scolaires et les enseignants se considéraient *surchargés*, de telle sorte qu'ils *n'avaient pas le temps de mettre en place des activités à cause des différentes demandes*. Pour cet informateur, c'était grâce à ses collègues *qui eux, vont dans les écoles*, qu'il avait d'abord entendu parler de l'approche globale véhiculée par *École en santé*¹³.

Les informateurs ont aussi raconté que, dans l'ensemble, « avant » l'introduction et l'adoption de la nouvelle approche, les intervenants avaient surtout l'habitude de travailler seuls, en fonction des dossiers dont ils avaient la charge. L'expression largement utilisée pour faire état de cette situation était celle du **travail en silos**. Des gestionnaires ont résumé

¹³ Rappelons que, pour ce volet de l'évaluation portant sur la façon lanaudoise de s'approprier et de traduire en pratique l'approche intégrée (globale et concertée) de promotion des saines habitudes de vie, les informations portant sur le milieu scolaire n'ont pas été exclues.

l'approche IGC, expliquant les interactions possibles mais limitées entre collègues. Ainsi, pour l'un d'eux :

Chaque agent de planif. planifiait ses interventions pour habitudes de vie, mais ils pouvaient travailler dans les mêmes milieux : scolaire, municipal, etc. Du point de vue d'un même milieu, ils pouvaient travailler avec plusieurs personnes en ciblant la même maladie. Ça ne posait pas trop de problèmes, parce qu'on n'avait pas tant de ressources que ça. Activité physique était probablement le dossier qui avait développé le plus d'interventions et de programmes spécifiques.

Un autre présentait ainsi ces interactions limitées entre intervenants :

La pratique, c'était chaque agent de planification élaborait sa planification et sa stratégie et intervenait auprès de ses clients et partenaires visés de façon individuelle (tabac, activité physique, alimentation), chacun à sa façon, avec ses milieux, dans des milieux qui pouvaient être complètement différents. Ils pouvaient avoir des liens avec leurs collègues. Parce que souvent, par exemple en activité physique, veut veut pas, à mon souvenir, y'a quelques années, on avait développé un passeport pour les jeunes. Quand on développe un passeport activité physique pour les jeunes, pour faire de l'activité physique, c'était intéressant d'ajouter un petit volet alimentation. Il y avait une petite rubrique alimentation qui avait été... il y avait des liens, mais ce n'était pas au niveau de la planification. Ça n'avait pas la même portée que ça a maintenant. Chacun travaille plus individuellement et avec des réseaux très limités, en termes de partenariat. Par exemple, à l'école, on travaille avec l'école et c'est tout.

Des gestionnaires ont aussi expliqué qu'à leur avis, ces pratiques *en silos* précédant l'introduction de la nouvelle approche étaient alors très centrées sur une conception médicale associant maladies chroniques et facteurs de risque. Un premier affirmait ainsi :

Je pense qu'avant, ils travaillaient tout ça par maladies chroniques. Ils faisaient des petits continuums par maladies chroniques, comme diabète. Et là, ils voyaient juste diabète. Pas le transversal dans le diabète. Ils le voyaient dans la maladie, pas dans la prévention de la maladie. C'est ce que je pense, au niveau de l'approche globale. Ils étaient plus sectorisés, moins transversal, moins large.

Selon un autre :

Quand il y avait des porteurs de dossiers spécifiques par maladies, ils ne se parlaient pas beaucoup. La plupart du temps, c'était plus abordé en fonction de facteurs de risque médicaux (physiques, biologiques, pratiques préventives, hypercholestérolémie, etc.). Ils n'abordent plus nécessairement cela (c'est plus clinique) et ont une approche plus populationnelle qu'individuelle. (...) Tout était fait dans une optique de prévention des maladies.

Des intervenants ont aussi fait état du type de pratiques qu'ils exerçaient eux-mêmes, en fonction des dossiers dont ils étaient individuellement porteurs (nutrition, tabac, santé dentaire), « avant » l'introduction de l'approche IGC. Leurs propos mettent en évidence un travail basé sur *l'éducatif* (visant des individus) plutôt que sur *les environnements*, ce dernier aspect n'étant même pas encore intégré au contenu de la formation académique des jeunes recrues.

Pour sa part, l'un d'eux précisait que le niveau individuel avait une place importante, notamment, au moment où il *travaillait en santé cardiovasculaire* et où il faisait *des séances de dépistage dans des centres d'achats ou des milieux de travail*. Selon lui, à cette période, l'orientation était davantage celle de *la prévention primaire, secondaire, plus que la promotion*.

Un autre intervenant a mentionné qu'il était arrivé en poste alors qu'on avait déjà commencé à parler d'approche intégrée à la DSPE, et qu'il y avait *déjà des choses en place* à ce sujet. Malgré cela, il affirme qu'il se consacrait à son propre dossier, et qu'il *ne consultait pas ses collègues*. Au contraire, il *entraînait dans les milieux visés par ses activités tout seul, de son côté, en silo*.

Malgré l'habitude affirmée et largement répandue de travailler plutôt individuellement les dossiers dont ils étaient porteurs, concernant les habitudes de vie ou les maladies chroniques, les intervenants ont été interrogés sur leurs expériences de **collaboration entre collègues**. Tout d'abord, de son point de vue un peu plus extérieur à l'action, un gestionnaire a résumé les efforts tentés à cet effet :

Il y a eu des tentatives pour relier (par exemple nutrition et santé physique, nutrition et santé dentaire pour le milieu scolaire, tabac et santé dentaire). Il y a eu des collaborations, parfois en fonction des contenus, ou des milieux qui voulaient des interventions sur plus d'un aspect, ou parce que les liens étaient plus faciles à faire juste à

cause de la nature de la chose. Ça s'est fait comme ça jusqu'en 2003-2004, c'est-à-dire avant l'arrivée du professionnel chargé du dossier habitudes de vie. Il y a eu des tentatives pour faire plus d'arrimages. Ça fonctionnait des fois, des fois moins.

Selon un autre gestionnaire, il n'y avait pas alors de planification annuelle d'équipe, en fonction de priorités définies ensemble. Au contraire, *tout le monde faisait sa propre planification*. Pour sa part, un intervenant a cependant mentionné qu'à l'époque où la DSP avait *une équipe en cardiovasculaire*, ses membres avaient élaboré ensemble une planification concernant *un certain nombre de questions de dépistage*. Cette information semble constituer un exemple des *tentatives d'arrimages* mentionnées par le gestionnaire précédemment cité.

Dans l'ensemble, toutefois, du point de vue des intervenants, les uns et les autres apparaissaient peu ou pas au courant de ce que faisaient leurs collègues, puisqu'ils *travaillaient vraiment en silos*. Ainsi, même s'ils jugeaient qu'ils avaient *une belle équipe* et qu'ils *se parlaient beaucoup*, ces discussions ne visaient *pas nécessairement à développer des programmes, des offres de service*. En fait, il semble que certains intervenants avaient développé davantage de relations de collaboration et de concertation avec d'autres intervenants travaillant sur les mêmes dossiers, mais sur un autre territoire géographique. L'appartenance à un réseau provincial semblait favoriser ces échanges, notamment par le biais de *comités de travail sur différents programmes*. De même, certains intervenants avaient développé l'habitude de travailler avec des partenaires de la région, sur les thématiques spécifiques dont ils avaient la charge.

Pour ce qui est, plus concrètement, du **type d'intervention réalisée**, il a été mentionné que les intervenants *faisaient tout eux-mêmes* en ce qui concernait leurs propres dossiers thématiques. Ainsi, ils élaboraient leur offre de service, avant de réaliser les interventions, puis de les évaluer.

Des informateurs ont aussi précisé que les pratiques (activités et façons de faire, dont les programmes) avaient été développées en s'appuyant *sur la littérature*, et notamment les études identifiant *les modèles les plus efficaces*. Du point de vue d'un intervenant arrivé en poste après l'adoption de l'approche saines habitudes de vie, ces pratiques développées régionalement ont fini par être assimilées à une *recette universelle* qu'on l'avait encouragé à reprendre et à utiliser telle quelle, avec les outils associés.

On peut noter qu'un de ces intervenants a utilisé le terme *modèle* pour décrire les programmes qu'il avait progressivement développés, transformés et adaptés au fil des années, et ce, même après que le réseau provincial auquel il appartenait ait cessé de développer de nouveaux programmes.

En ce qui concerne les **milieux ciblés** « avant » l'adoption de l'approche saines habitudes de vie, un intervenant a affirmé que *c'était les mêmes milieux*.

Enfin, un gestionnaire a souligné, à propos du **niveau d'intervention visé**, qu'on s'attaquait davantage à *l'aspect individuel* qu'à *l'aspect environnemental*. L'intervention portait donc surtout sur des apprentissages et des connaissances.

TABLEAU 10

Les éléments de description des pratiques d'avant identifiés par les informateurs ¹		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Historique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche centrée sur les individus, prévention des maladies cardiovasculaires (facteurs de risque) ▪ Débuts de concertation avec le scolaire (<i>Participe à ta santé, École en santé</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Travail en silos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifications individuelles des intervenants (chacun était responsable de son dossier) ▪ Mêmes milieux visités par des intervenants différents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Collaboration entre collègues	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentatives d'arrimage entre certains dossiers ▪ Professionnels peu au courant du travail des collègues de l'équipe ▪ Réseautage plus développé au niveau provincial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Types d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble du travail assumé par les intervenants ▪ Interventions développées en s'appuyant sur la littérature 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Milieux ciblés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mêmes milieux que pour les pratiques « d'après » 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Niveau d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau individuel plutôt qu'environnemental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.3.1.2 Les forces des pratiques « d'avant »

Les informateurs ont identifié quelques éléments qui leur apparaissaient comme des forces des pratiques réalisées « avant » l'introduction de la nouvelle approche¹⁴. Principalement, leurs propos à ce sujet ont tourné autour du thème de ***l'efficacité*** des pratiques traduite par des ***résultats positifs***.

En fait, ce sont plutôt des intervenants qui ont souligné l'efficacité des pratiques qu'ils avaient développées à force d'essais et d'erreurs. L'un d'eux a affirmé, notamment, qu'ils étaient *arrivés à des affaires qui marchaient*. Pour en juger, selon lui, ils avaient fait *des évaluations* ainsi que des *suivis de gestion au niveau du processus* et *quelques mesures d'impact au niveau des activités offertes et du nombre de participants*. Par la suite, ils avaient été en mesure de déterminer *si ça valait la peine d'aller plus loin*. Il jugeait, finalement, que leurs modèles n'étaient *pas si pires*.

De même, un autre intervenant a spécifié qu'à son avis, les programmes et les offres de service développés par les professionnels associés à Kino-Québec avaient démontré qu'ils étaient *quand même assez avancés par rapport à ça*. Il ajoutait qu'ils se distinguaient ainsi de leurs autres collègues.

Un troisième informateur a affirmé que le travail en silos *ça peut aussi être très efficace*, chacun des intervenants pouvant *très bien travailler dans son dossier*. Toutefois, il ajoutait que ce type de travail avait des limites et que l'association avec d'autres dossiers pouvait apporter des bénéfices. Selon lui, un *dosage* entre le travail en silos et le travail en collaboration pourrait être recherché en fonction de chaque dossier, mais il demeurait conscient des risques de diluer le travail. Finalement, cet intervenant affirmait : *Ce qui marche bien, ce qui est fort, il faudrait le maintenir, il faudrait le garder. Et à ça, rajouter d'autre chose, qui vient se greffer à ça*.

Pour sa part, un gestionnaire a identifié une seule force à la façon de faire ayant précédé l'adoption de l'approche saines habitudes de vie. C'était la rapidité conférée par le travail en silos. Pour l'exprimer, l'informateur a employé la métaphore selon laquelle *celui qui voyage seul voyage plus vite*, ce qui signifierait qu'*une barque menée seul peut mener plus vite à des actions*.

¹⁴ Voir note 13, p. 77.

Des intervenants ont abordé la question de la **transmission du contenu** proposé aux milieux visés. Selon l'un d'eux, l'offre de service envoyée individuellement par un intervenant responsable de son propre dossier présentait l'avantage d'être *plus explicative* pour les milieux visés. Par ailleurs, une offre de service regroupée, proposant des possibilités d'activités en lien avec différentes habitudes de vie, représenterait pour ces milieux un choix difficile à faire.

Selon un autre intervenant, « avant » l'adoption de pratiques liées à l'approche saines habitudes de vie, les intervenants étaient *sûrs que leur contenu passait*, notamment en milieu scolaire, une fois qu'un enseignant avait accepté de participer aux activités et qu'ils étaient *rentrés dans les écoles*. De plus, quand les infirmières avaient un rôle à jouer dans *la promotion auprès des enseignants* en vue de transmettre ce contenu, il semble qu'elles parvenaient à *atteindre les objectifs qu'elles avaient à atteindre*.

Pour sa part, un gestionnaire a identifié un élément qui, du point de vue d'un intervenant, pouvait être considéré comme une force des pratiques antérieures à l'approche IGC. Il s'agit du **contrôle** qu'il exerçait **sur son travail**. D'après lui, il *planifiait ses affaires* et était *seul maître à bord*. Cet aspect était également lié au *développement d'expertise*, à la possibilité d'aller *voir ce qui se fait* et au *temps nécessaire pour le faire* dont disposaient les intervenants.

Une dernière force attribuée aux pratiques « d'avant », mentionnée également par un gestionnaire se plaçant dans la peau d'un intervenant, est celle de sa **reconnaissance**. Celui-ci expliquait que le fait d'être *bien connu d'un partenaire ou d'un client avec lequel tu as travaillé pendant dix ans* pouvait constituer pour l'intervenant *une valorisation*.

TABLEAU 11

Les forces des pratiques « d'avant » identifiées par les informateurs ¹		
Thèmes abordés	Forces identifiées	Types d'informateurs ²
Résultats et efficacité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pratiques qui fonctionnaient (développées par essais et erreurs et évaluées) ▪ Efficacité et rapidité du travail en silos ▪ Spécificité Kino-Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Transmission du contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offres de service par dossiers/habitudes de vie individuels qui étaient plus explicatives ▪ Ensemble du contenu qui passait en milieu scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Contrôle de son travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant comme seul maître à bord 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorisation découlant d'un travail pendant des années avec un même partenaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.3.1.3 Les faiblesses des pratiques « d'avant »

Les informateurs ont également attribué quelques faiblesses aux pratiques qui avaient cours « avant » l'adoption de la nouvelle approche¹⁵. Parfois, elles étaient simplement présentées comme étant l'envers de leurs forces. Par exemple, un intervenant a affirmé en riant, comme une boutade, que la principale faiblesse de ces anciennes pratiques était qu'ils n'aient pas pu continuer à travailler de la même façon. Ainsi, ils auraient *laissé tomber ce qui marchait*.

Pour un autre intervenant, les pratiques antérieures à l'adoption de l'approche IGC présentaient une faiblesse au niveau des **clientèles rejointes**. De son point de vue, en préparant des offres de service centrées sur une seule habitude de vie, les intervenants ne pouvaient rejoindre que *ceux qui sont intéressés*, même s'ils auraient pu *toucher plus large* en procédant autrement. Il ajoutait : *C'est plus dur d'aller chercher les autres qui ont peu d'intérêt, alors que c'est eux-autres qu'on veut*. Ainsi, avant l'approche intégrée, les intervenants ne seraient pas parvenus à *aller chercher les sédentaires*.

¹⁵ Voir note 13, p. 77.

On peut également ranger parmi les faiblesses des pratiques « d'avant » le relatif manque d'**encadrement** ou de **soutien par les instances nationales** que connaissaient les professionnels s'occupant du dossier alimentation, en comparaison de ceux responsables des dossiers activité physique ou tabac. Selon un intervenant, pour ces derniers *il y avait des programmes nationaux, du matériel, du budget, il y avait des activités planifiées qui descendaient sur le terrain et du soutien qui était donné au terrain avec ce matériel-là*, alors que *ça n'existait pas* pour le dossier alimentation. En conséquence, les responsables du dossier alimentation devaient *inventer des choses, des moyens d'agir*, en plus de *connecter avec des gens* et de *développer des choses*.

Une autre faiblesse mentionnée est le **niveau d'intervention** ciblé qui n'aurait pas permis d'obtenir des résultats pleinement satisfaisants. Ainsi, selon un gestionnaire, le simple fait de *travailler l'individuel* constituait *une faiblesse en soi*. De son point de vue, même si cette façon de faire avait *son efficacité*, elle ne serait pas *efficace en soi dans l'ensemble de ce qu'on attend comme résultats*. Cet informateur précisait : *Si on vise des résultats et qu'on travaille seulement sur l'individuel, on n'ira pas tellement loin*.

Le **peu de collaboration** développée antérieurement entre les intervenants qui travaillaient plutôt individuellement leur propre dossier a été présenté comme un inconvénient par l'un d'eux. D'après lui, *on aurait eu avantage à travailler un peu plus ensemble*, car l'ancienne façon de faire les aurait peut-être amenés à *passer à côté de quelque chose, à côté d'une intervention qui aurait pu être efficace*.

De même, pour un gestionnaire, les pratiques « d'avant » pouvaient avoir amené les intervenants à **se priver de partenariats** auxquels ils ne pensaient pas, mais qui étaient prêts à l'action dans d'autres dossiers. Il donnait comme exemple *des municipalités à qui on parlait seulement d'activité physique, mais qui étaient aussi prêtes à parler d'alimentation*.

Le même gestionnaire a également considéré comme une faiblesse des pratiques antérieures une certaine **sursollicitation des milieux**. Ainsi, à son avis, ceux-ci *se faisaient interpellés par plus d'une personne et à plus d'un moment par un même organisme, la DSP*. L'informateur ajoutait que *des fois aussi ils pouvaient être interpellés plusieurs fois pour un même dossier*. Il mentionnait à ce titre les intervenants en activité physique qui *offraient plusieurs programmes à différents moments de l'année*.

Une dernière faiblesse mentionnée par un autre gestionnaire concernait **l'ouverture à l'innovation** des intervenants. En fait, celle-ci lui apparaissait limitée en raison du certain *confort* dans lequel chaque intervenant se trouvait par rapport à son propre dossier. En conséquence, ils n'avaient *pas nécessairement le goût d'explorer ailleurs*, puisqu'ils pouvaient *rouler d'année en année* et qu'ils n'avaient *pas d'émulation* pour les inciter à réfléchir à des façons de mieux rejoindre les milieux visés.

TABLEAU 12

Les faiblesses des pratiques « d'avant » identifiées par les informateurs ¹		
Thèmes abordés	Faiblesses identifiées	Types d'informateurs ²
Clientèles rejointes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte seulement des clientèles intéressées par une habitude de vie particulière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Encadrement ou soutien des instances nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inexistence pour le dossier alimentation ▪ Existence plutôt pour activité physique et tabac 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Niveau d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail seulement sur l'individuel ▪ Possibilité de résultats limitée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Collaboration entre intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions efficaces susceptibles d'être exclues en raison du peu de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non prise en compte de partenariats possibles pour d'autres habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Sursollicitation des milieux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sursollicitation par des intervenants différents ou par les mêmes plusieurs fois dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Ouverture à l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité limitée chez les intervenants, en raison du confort par rapport à leur dossier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.3.1.4 En somme : des pratiques en évolution, des acquis questionnés

Les résultats de l'analyse concernant les pratiques ayant précédé l'introduction et la mise en œuvre officielles de l'approche IGC ont montré que celles-ci avaient connu une évolution graduelle. Elles avaient mené les acteurs concernés presque *naturellement* vers des pratiques pouvant être associées à l'approche considérée comme nouvelle. Après une époque consacrée à la prévention des maladies cardiovasculaires (travail basé sur des facteurs de risque), quelques expériences de promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire semblent avoir constitué pour les acteurs concernés une occasion de faire de premières tentatives

d'intervention dans une perspective globale et concertée. Les informateurs ont mentionné particulièrement *Participe à ta santé*, dans l'esprit d'*École en santé*.

Malgré cette expérience et même si l'approche saines habitudes de vie semble avoir déjà été dans l'air, les informateurs ont expliqué que, dans l'ensemble, les interventions étaient plutôt planifiées et réalisées *en silos*. Ainsi, chaque porteur de dossier s'occupait surtout de ce qui concernait sa propre thématique, et les collaborations avec ses collègues demeuraient rares malgré quelques tentatives d'arrimage. Il a aussi été mentionné que le réseautage apparaissait plus développé au niveau provincial, entre professionnels responsables d'une même thématique.

Du point de vue des intervenants, deux principales forces ont été attribuées à ces pratiques ayant eu cours « avant » la mise en œuvre de l'approche IGC. D'abord, on a vanté leur efficacité, attribuable à une expertise développée depuis longtemps et garante de résultats positifs. De même, on considérait que la formule des offres de service détaillées, portant chacune sur une habitude de vie particulière, avait fait ses preuves.

Selon les gestionnaires, les principales forces des pratiques « d'avant » concernaient surtout l'expérience de travail vécue par les intervenants. Ainsi, ceux-ci pouvaient se sentir *seuls maîtres à bord* à propos des dossiers dont ils étaient respectivement responsables, et ils pouvaient bénéficier d'une certaine reconnaissance de la part de partenaires avec lesquels ils avaient travaillé pendant des années.

En ce qui concerne les faiblesses des pratiques « d'avant », les intervenants ont mentionné : le fait de parvenir surtout à rejoindre, par les offres de service, une clientèle intéressée à une habitude de vie spécifique, le manque d'encadrement et de soutien aux professionnels du dossier nutrition par des instances nationales, ainsi que le peu de collaboration entre les porteurs de dossiers, susceptible d'exclure des interventions qui auraient pu être efficaces.

Pour leur part, les gestionnaires ont rangé parmi les faiblesses des pratiques « d'avant » le fait de réaliser surtout des interventions portant sur les individus (éducation), ce qui limitait les possibilités de résultats. Ils ont fait état également de la non-prise en compte des autres habitudes de vie avec les partenaires rejoints par un type d'intervention, de la sursollicitation des milieux visés, ainsi que d'une ouverture à l'innovation limitée chez des intervenants installés dans le *confort* des pratiques développées dans le cadre de leur dossier.

4.3.2 Les pratiques « d'après » l'introduction de la nouvelle approche

La section précédente a permis d'exposer en quoi consistaient les pratiques de prévention des maladies chroniques et de promotion des saines habitudes de vie réalisées par la DSPE « avant » l'introduction de la nouvelle approche, ainsi que les principales forces et faiblesses associées à ces pratiques. À partir de cette base nécessaire, il devient possible et pertinent d'analyser de la même façon les pratiques éventuellement transformées « après » l'introduction de l'approche à l'étude et l'implication nouvelle des CSSS.

Comme dans la section précédente, une description des pratiques en cause sera d'abord présentée. Il s'agira, cette fois, de celles qui ont été réalisées au cours des deux premières années suivant l'introduction « officielle » de l'approche. Puis, les pages suivantes seront consacrées à l'exposition des forces et des faiblesses de ces pratiques potentiellement nouvelles et différentes, selon le point de vue des principaux acteurs concernés par la mise en œuvre de l'approche saines habitudes de vie. Dans les derniers paragraphes de cette section, une synthèse des principaux éléments dégagés de l'analyse sera proposée.

On notera toutefois que l'analyse ne prendra pas la forme d'une comparaison systématique, point par point, thème par thème, de ce qui a changé entre le moment de « l'avant » et celui de « l'après ». L'orientation adoptée, en fonction d'une approche plutôt inductive, consiste davantage à regrouper et exposer ce que les informateurs ont abordé spontanément, à partir de thèmes de discussion relativement larges et ouverts.

Par ailleurs, il est important de rappeler et de souligner avec insistance que les éléments de description des pratiques « d'après », ainsi que les jugements posés sur ces pratiques par les informateurs et classés par la suite parmi leurs « forces » et leurs « faiblesses », n'ont pas été soumis à une vérification systématique dans le cadre de l'analyse. Autrement dit, l'analyse n'avait pas pour but de déterminer le caractère objectivement vrai ou faux de chacune des affirmations exprimées par chacun des informateurs, ni d'exclure celles qui ne correspondaient pas aux faits objectifs avérés. Elle visait, au contraire, à mettre en évidence des éléments de représentation reconnus au départ comme étant de nature hautement subjective : savoirs de sens commun, compréhensions, opinions, souvenirs, perceptions, perspectives, justifications, éléments de croyance et d'idéologie, etc. attachés aux expériences vécues spécifiques à chacun des acteurs. Et on pouvait s'attendre à ce que l'importance de ces éléments de représentation – pas nécessairement identiques chez les différents informateurs – soit plus sensible dans cette section traitant des pratiques en voie de transformation en fonction de l'approche IGC. C'était vraisemblablement dans cette partie de l'analyse que pouvaient davantage apparaître d'éventuelles tensions entre sous-groupes d'acteurs quant à leurs représentations de l'approche.

Cela dit, bien qu'il n'était pas question de vérifier la véracité ou de censurer les propos des informateurs, à l'occasion, des notes de bas de page ajouteront des précisions ou signaleront des divergences de vue exprimées par des membres du comité d'évaluation, à l'étape de la validation des résultats.

4.3.2.1 Description

Les informateurs ont abordé les pratiques mises en œuvre depuis l'adoption plus officielle de l'approche saines habitudes de vie à partir de différents thèmes, dont les principaux sont : les activités, les clientèles et milieux visés, les façons de faire, les ressources déployées (financières, humaines et les outils), l'articulation des acteurs à l'interne et à l'externe des organisations concernées, ainsi que les résultats visés et atteints.

Dans l'ensemble, d'abord, les informateurs ont considéré que les *activités, interventions ou services offerts* demeuraient les mêmes, « après » l'adoption officielle de la nouvelle approche. Par exemple, un intervenant a mentionné que les programmes éprouvés développés pour l'activité physique étaient toujours *dans la valise* des intervenants. Un gestionnaire a cependant mentionné une réflexion en cours dans un CSSS de Lanaudière, à propos de la possibilité d'ajouter un nouveau programme (*Choisir de maigrir*) à la panoplie des activités offertes.

Un gestionnaire a précisé que l'ensemble des acteurs concernés des trois établissements (DSPE et deux CSSS) étaient au courant des activités proposées et réalisées à travers tout le territoire régional. Cela s'expliquait, selon lui, par le fait que chacun des deux intervenants *terrain* à l'emploi des CSSS devait couvrir le nord et le sud de la région, et faire la promotion de toute la panoplie des activités offertes par les deux intervenants, et portant sur les trois habitudes de vie que sont l'alimentation, l'activité physique et le tabac. Des intervenants ont mentionné que le contenu abordé lors des activités pouvait être ajusté, qu'il était possible d'en *rajouter* si nécessaire, et qu'un effort particulier était fait auprès des milieux rejoints afin de toujours leur mentionner *qu'il y a le volet tabac*. Par contre, ce dernier informateur a aussi précisé que la santé dentaire n'était pas vraiment abordée par les intervenants locaux dans le cadre de leur travail dans les milieux, étant donné qu'elle était surtout associée à la fluoruration de l'eau, une question bien spécifique qui devait être laissée à la compétence du professionnel expert de la DSPE.

Pour ce qui est des *clientèles et milieux ciblés et rejoints*, la décision de viser d'abord les adultes a été attribuée par un intervenant à une orientation prescrite par les instances nationales. De son point de vue, cette orientation serait *descendue, peut-être, avec le 0-5-30*. L'informateur ajoutait que des

tentatives auraient été amorcées afin de *faire une petite entorse* à cette directive en vue d'amener les intervenants locaux à *travailler un petit peu auprès des jeunes*. Toutefois, cette tentative n'aurait pas reçu l'aval des CSSS, employeurs des intervenants locaux.

De son côté, un gestionnaire a associé l'idée de viser éventuellement le milieu scolaire, avec l'approche IGC, au contexte favorable dans ce milieu, en raison des récentes politiques ministérielle et gouvernementale concernant l'obésité. Toutefois, il précisait qu'il aurait été délicat de trop s'investir à ce sujet, et peut-être de travailler pour rien, puisque ces milieux pourraient disposer de leurs propres professionnels en la matière. Par contre, d'après un intervenant, il pourrait être plus évident ou plus facile d'aborder les saines habitudes de vie dans les écoles plutôt qu'auprès des adultes, étant donné qu'en milieu scolaire *c'est une tangente, avec École en santé aussi, qui est claire là*. Il ajoutait : *dans les entreprises ou les municipalités, je sais pas si c'est ce qu'ils souhaitent*.

Selon un gestionnaire, les acteurs Lanaudois se seraient distingués de leurs collègues des autres régions en ciblant les milieux municipaux et de travail¹⁶. À cet égard, ils auraient même été *très innovateurs* car, au moment de la collecte des données, il y aurait eu *très peu d'expérimentations* dans ces milieux. Ainsi, les acteurs Lanaudois auraient été *avancés en termes de programmation et de façons de faire*.

Par ailleurs, il semble que la façon de cibler les adultes auprès des entreprises et des municipalités différerait selon les habitudes de vie concernées. Ainsi, un intervenant a précisé qu'en ce qui concerne le tabagisme, la participation de ces milieux se limitait généralement à la pose d'affiches et la distribution de coupons d'inscription dans le cadre du *Défi j'arrête, j'y gagne* et que *la plupart vont pas plus loin*. Il ajoutait que, parmi les municipalités, à sa connaissance, *il n'y en a aucune qui a décidé d'aller plus loin que la loi*. Quant à la santé dentaire, la clientèle adulte était visée seulement dans les municipalités et leurs usines de traitement des eaux, en fonction précisément de la promotion de la fluoruration de l'eau. Pour ce faire, les premières démarches entreprises auraient pris la forme d'une tournée régionale en vue de mieux comprendre la réalité et l'ouverture des différentes municipalités à cet égard.

¹⁶ Selon un membre du comité d'évaluation, certaines régions, notamment celles de la Capitale-Nationale et des Laurentides, auraient aussi ciblé des milieux de travail, mais essentiellement dans le secteur public.

TABLEAU 13

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : les activités offertes et les milieux ciblés		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Les activités offertes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensiblement les mêmes qu'« avant », dont modèles éprouvés ▪ Réflexion pour ajout d'un nouveau programme en nutrition ▪ Acteurs au courant des activités sur tout le territoire régional ▪ Contenu ajouté et ajusté selon besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Les clientèles et milieux ciblés et rejoints	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clientèle adulte d'abord : prescription nationale appuyée par les CSSS ▪ Questionnement sur la pertinence de viser aussi le milieu scolaire ▪ Municipalités et milieux de travail : acteurs lanauois innovateurs ▪ Type de participation des adultes dans les entreprises et les municipalités : varie selon les habitudes de vie (tabagisme et santé dentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant et gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

En ce qui concerne les *façons de faire*, d'un *point de vue général*, la nécessité de s'adapter aux situations et aux milieux a été mentionnée par des intervenants. Pour l'un d'eux, par exemple, il était possible aussi bien qu'une seule personne travaille sur plus d'un message (ou habitude de vie) ou que plus d'une personne travaillent ensemble sur plusieurs messages. Ainsi, l'intervenant local pouvait profiter de sa visite dans un milieu, afin de *vendre* une activité demandée associée à une habitude de vie, pour tenter de *passer* en même temps des activités en lien avec d'autres habitudes de vie.

Selon un gestionnaire, dans Lanaudière, rien n'avait été brusqué. On n'aurait pas procédé de manière à se sentir obligé, dans un programme spécifique, à intégrer d'autres habitudes de vie. Ainsi, les programmes seraient *restés les mêmes* , et les changements auraient été plus *dans les façons de faire* et notamment en *faisant plus de liens* . On aurait tout de même conservé la possibilité, quand c'était possible, d' *aborder plus d'une habitude de vie dans une même intervention* .

Pour sa part, un informateur s'est dit surpris que les acteurs concernés de Lanaudière n'aient pas développé un ensemble de façons de faire autour d'un message comparable au 0-5-30, mais qui aurait été *propre à nous*. Il s'attendait, par exemple, à y voir attaché *des cartes* et *un certain slogan*. Selon lui, des raisons de *disponibilité*, de *temps* pourraient expliquer qu'ils n'en soient pas *arrivés à ça*, même si cette perspective avait été envisagée.

D'autres intervenants ont fait état de spécificités associées à certaines habitudes de vie qui avaient une influence sur les façons de faire pour mettre en œuvre la nouvelle approche. Notamment, en santé dentaire, la clientèle adulte était touchée surtout par le biais de la fluoruration de l'eau dans les municipalités. Cette question sensible, jugée comme étant même *politique*, ne pouvait pas être abordée par le moyen d'envois postaux. Elle nécessitait plutôt une approche personnalisée, axée sur *le contact*, et c'est pourquoi une *analyse de milieu* avait été privilégiée. Par ailleurs, il a été mentionné aussi que les façons de faire à l'égard du tabac dans les municipalités (lettre et affiches pour le *Défi J'arrête, j'y gagne*) ne permettaient pas à l'intervenant de la DSPE de juger des retombées de ces activités.

Un intervenant a aussi mentionné qu'en matière de façons de faire, celles-ci pouvaient être différentes dans les milieux où on ciblait des clientèles adultes (milieux de travail et municipalités) par rapport au milieu scolaire. En fait, il affirmait ne pas connaître leurs souhaits ni leurs besoins particuliers concernant les activités possibles. Par exemple, souhaitaient-ils *une approche qui touche les trois* (habitudes de vie) ou s'ils préféreraient encore *choisir juste activité physique, juste nutrition ou juste tabac*?

Des intervenants ont aussi expliqué comment la dimension environnementale associée à l'approche globale de promotion des saines habitudes de vie avait été traduite dans le travail réalisé dans les milieux. En fait, l'un d'eux a surtout souligné que, lors de l'engagement des intervenants locaux, c'était d'abord le fait de *travailler sur les environnements* qui devait caractériser l'apport particulier de ces nouvelles ressources, parce qu'*ils ne le faisaient pas avant, c'est sûr*. D'après cet informateur, par contre, ce qui *se faisait déjà*, c'était *les actions éducatives, les actions individuelles et tout ça*.

Un autre intervenant a davantage précisé comment, de son point de vue, au-delà des intentions initiales, le travail des intervenants locaux a pu ou non intégrer la dimension environnementale. De son point de vue, cet aspect ne serait pas *travaillé toujours autant qu'on le voudrait*, même s'il ajoutait que, pour sa part, il y croyait. Il a expliqué ainsi en quoi pouvait consister la prise en compte de cette approche, visant à faire en sorte que

la personne ait plus de choix santé, ou que ceux-ci soient moins chers. Il pouvait s'agir, par exemple, pour cet informateur, d'offrir une programmation variée d'activités physiques dans une municipalité. Dans le cas d'une entreprise, par contre, selon lui, juste le fait d'offrir un service, ça devient de l'environnement, parce qu'ils vont te rappeler.

Enfin, un gestionnaire a abordé l'aspect de la communication. Il s'agissait, pour lui, d'un aspect important des façons de faire lié à l'approche IGC, pour l'équipe habitudes de vie de la DSPE. Pour lui, cette importance s'expliquait notamment par les méthodes utilisées, dont les grandes campagnes. C'est pourquoi *tous les gens habitudes de vie avaient un lien avec le responsable des communications à la DSPE, afin de travailler de la façon la plus concertée et la plus globale possible.* Ainsi, à présent, ces acteurs discuteraient ensemble des prochaines campagnes prévues, afin de tenir compte des programmes avec lesquels elles pourraient être ajustées. D'après l'informateur, *une campagne en soi a une efficacité limitée, mais si elle est mise en lien avec d'autres programmes sur le terrain, c'est beaucoup plus gagnant.*

Lors du groupe de discussion, les informateurs ont été invités à faire état de l'évolution des façons de faire, depuis l'étape des entrevues individuelles tenues un an et demi plus tôt. Dans cet esprit, un intervenant a fait part de sa vision d'ensemble de cette évolution *sur le terrain.* Selon lui, la façon dont ça se passait *dépendait beaucoup des milieux de travail,* étant donné qu'en plus de travailler *beaucoup de façon globale et concertée,* les intervenants locaux travaillaient aussi de façon *adaptée et en fonction des intérêts du milieu.* Selon ce participant, comme les deux intervenants locaux seraient *toujours les deux présents en même temps,* les milieux seraient conscients que des *activités conjointes* étaient réalisées, c'est-à-dire qu'une activité physique pouvait être *jumelée à l'aspect alimentation.* L'intervenant ajoutait que, si c'était jusqu'à *trois ou quatre* habitudes de vie qui pouvaient être touchées par l'intervention, ce serait *souvent activité physique et nutrition.* Pour ce qui est de l'intervention de type environnemental, celle-ci *dépendrait toujours du niveau d'implication du milieu.*

Pour sa part, un intervenant a expliqué qu'à son avis, la façon d'intervenir en fonction de l'approche globale ressemblait à une *approche motivationnelle,* dans le sens qu'il fallait penser à avancer graduellement avec les milieux. Selon lui, *quand le milieu est prêt à bouger sur quelque chose, on part de là tout en gardant dans l'idée que, bon, on va le faire bouger un petit peu sur un aspect mais que, peut-être, on va revenir avec d'autres aspects plus tard.* Ainsi, pour cet informateur, l'approche globale initiale lors de l'arrivée dans un milieu n'empêchait pas le travail *en silos.*

De même, un autre intervenant rappelait qu'il fallait *être souple* dans l'intervention. Dans le même sens, un troisième considérait qu'au niveau de la pratique, il y avait *des choses qu'on peut faire à deux*, mais d'autres pour lesquelles il faudrait, par exemple, *sortir les outils d'activités physiques*.

Par ailleurs, un intervenant considérait qu'il fallait *vendre l'approche*, et pas seulement *la porter puis l'avoir en arrière*. À son avis *même si nous, on sait qu'on intervient, puis on l'a la vision, on les (les milieux) éduque pas à avoir cette vision-là tout le temps*. Pour cet informateur, ce serait *vraiment une manière de penser qu'il faut inculquer aux gens, que la santé, c'est global*.

Parmi les façons de faire pour intervenir auprès des milieux visés, **les offres de service** qui leur sont adressées ont semblé un élément central pour les informateurs. Le premier et principal changement apporté à ce niveau a consisté à regrouper en un seul envoi les offres de service précédentes, transmises individuellement par chacun des professionnels responsables d'une habitude de vie spécifique. Un intervenant explique bien en quoi a consisté ce changement :

Dans le fond, actuellement, il n'y a pas grand-chose de changé à part de l'offre de service. Parce que, tu sais, on fait une offre de service, et tous les programmes sont situés à l'intérieur, par thématiques, de l'offre de service. Et les gens font des choix. Et après ça, on intervient, encore une fois, en silos. Tu sais, c'est rare qu'on intervienne les trois programmes en même temps. X rentre avec son programme activité physique. Y rentre avec son programme alimentation.

On peut noter que le terme *intégré* a parfois été utilisé pour faire état de cette tentative de procéder en regroupant des offres de service. Ainsi, selon un gestionnaire : *Je pense qu'on l'a offert à tout le monde intégré, aux milieux de travail et municipaux. Je ne suis pas certain. Mais on a fait un essai d'offrir quelque chose d'intégré*. De même, un informateur affirmait : *L'an passé, on a envoyé une offre de service intégrée, dans laquelle on retrouvait tout au niveau de l'alimentation, il y avait des pages alimentation, activité physique. Tous nos programmes étaient identifiés*.

Selon un autre intervenant, les deux milieux dans lesquels on voulait intervenir auprès d'adultes avaient été ciblés la première année où les offres de service ont été regroupées : *La première année, c'était toutes les activités qu'on voulait. Bien il y a municipal, puis il y a milieux de travail. Il y a les deux*.

D'après un gestionnaire, cette première offre de service avait été envoyée à la majorité des municipalités et des entreprises de la région. Un intervenant a précisé qu'avec cette première offre de service regroupée, l'objectif était de rejoindre le plus de personnes possible.

Ça a été envoyé à environ une centaine d'entreprises dans la région. Les entreprises de 100 employés et plus je pense, ou 50 employés et plus. C'est loin! Ça avait été envoyé plus aux plus grosses entreprises de la région. (...) Parce qu'on touchait plus de gens, tout simplement. Puis c'était plus ce qui avait été décidé. Puis on envoyait ça par la poste.

Le même informateur a mentionné aussi l'existence de modalités connexes aux offres de service, en vue de rejoindre les milieux visés pour qu'ils participent aux activités proposées. Il a précisé que les intervenants locaux procédaient à des rappels téléphoniques auprès des entreprises d'abord contactées par la poste. Par la suite, dans les milieux où les activités étaient réalisées, ils profitaient de l'occasion pour *vendre les autres activités par le fait même*. Il a expliqué également comment, à partir de l'offre de service regroupée initiale, il était possible d'offrir à certains milieux des activités plus adaptées à des besoins spécifiques, *à la demande ou à la pièce*. Par exemple, les intervenants locaux auraient *fait des kiosques et des conférences qui n'ont jamais été dans les offres de service*.

Plusieurs informateurs ont précisé que le moyen de l'offre de service regroupée avait été transformé lors de la deuxième et même de la troisième année. Il s'agissait alors de l'ajuster à des résultats mitigés, en comparaison à ceux obtenus antérieurement, avec les offres de service par habitudes de vie transmises de façon indépendante par chacun des professionnels responsables. Un gestionnaire l'exprimait ainsi : *Donc, il faut apprendre, il faut expérimenter. Il faut voir à partir de l'offre de l'année passée. Ça nous a appris plein de choses. Pour savoir comment ça va nous servir, c'est en discussion actuellement*. Le même informateur a expliqué en détails l'idée envisagée de s'introduire dans les milieux visés avec des interventions en activité physique qui permettraient par la suite d'aborder d'autres habitudes de vie dans les mêmes milieux.

Par ailleurs, un intervenant a fait état d'un changement apporté la deuxième année à l'offre de service en ce qui concerne le volet nutrition. Selon lui, il avait été décidé de ne plus inclure l'offre de conférences sur le sujet, parce ce type d'intervention était demeuré ponctuel. Ainsi, la deuxième année, on supposait que les entreprises s'inscrivant à des interventions en activité physique auraient pu formuler leur intérêt pour des interventions en nutrition. Le même informateur a ajouté également que, pour les municipalités, comme il n'y avait *rien de développé*, aucune activité en ce

domaine n'était incluse dans les offres de service. La façon de fonctionner pour proposer des interventions était de s'en tenir aux *opportunités* que pouvait déceler l'intervenant local spécialisé en activité physique. L'intervenant local spécialisé en nutrition avait également fait quelques tentatives pour *aller voir dans les municipalités selon les personnes contact qu'il avait eues, pour voir justement s'il y avait quelque chose à faire.*

Une autre raison mentionnée pour modifier l'offre de service lors de la deuxième année était d'en transférer la responsabilité aux CSSS. À ce sujet, un gestionnaire laissait entendre qu'au début, les professionnels de la DSPE ne se contentaient pas de donner des conseils aux intervenants locaux des CSSS, mais qu'ils avaient tendance à *faire pour eux*, notamment en ce qui concernait les activités de communication. Selon cet informateur aussi, la première année (2006-2007), l'offre de service regroupée avait été envoyée conjointement par la DSPE et les deux CSSS. L'année suivante, il était prévu que la DSPE n'offrirait plus de programmes *dans une optique d'appropriation des programmes par le local.* Plus précisément, selon le même informateur, la DSPE devait davantage partager son expertise en promotion développée depuis plusieurs années, et laisser les CSSS décider ce qu'ils voulaient faire et comment.

Des intervenants ont aussi fait remarquer que l'offre de service n'était pas la seule façon possible d'aborder les milieux visés pour leur proposer des activités de promotion des saines habitudes de vie. Les discussions en cours entre les acteurs concernés de la DSPE et des deux CSSS, au moment de la collecte des données, laissaient supposer que d'autres moyens pouvaient être considérés, mais comme étant complémentaires plutôt qu'alternatifs. Un gestionnaire mentionnait notamment la possibilité d'*aller contacter directement* des personnes déjà connues, dont *des leaders.* De plus, selon lui, *les mesures complémentaires* envisagées comprendraient aussi des *présentations à la chambre de commerce*, et éventuellement d'autres types de mesures.

Des intervenants ont exposé un point de vue plus critique à l'égard des offres de service considérées comme le moyen central et principal pour inviter les milieux visés à participer à des activités de promotion des saines habitudes de vie. Ils ont proposé des stratégies différentes, supposant plus de flexibilité pour s'adapter aux besoins de chaque milieu, et également la possibilité de demeurer ouvert à d'éventuelles collaborations avec des professionnels d'autres milieux susceptibles d'agir comme intermédiaires entre les CSSS et les milieux visés. Plus précisément, parmi ces stratégies envisagées, il y avait les rencontres dans les milieux pour déterminer les besoins spécifiques et concevoir des activités appropriées, qui pourraient

toucher une, deux ou trois habitudes de vie. L'exemple a été présenté également par un intervenant de la « vente » d'activités de promotion des saines habitudes de vie réalisée dans le contexte de rencontres ou conférences déjà organisées par des réseaux existants, tels une association de responsables en ressources humaines ou le réseau des centres locaux d'emploi. Dans le même sens, un autre intervenant a mentionné la possibilité que des personnes de ces réseaux puissent agir comme *intermédiaires* entre les intervenants locaux des CSSS et les milieux de travail susceptibles d'être intéressés par des activités de promotion des saines habitudes de vie.

Lors du groupe de discussion, les participants ont abordé à nouveau le thème des offres de service. Par exemple, un gestionnaire a souligné qu'une fois arrivé dans un milieu, l'intervenant local devait *vendre l'approche intégrée*, c'est-à-dire *un petit peu parler des autres possibilités que l'offre de service peut amener, soit en entreprise ou aux établissements*. Il précisait aussi qu'à son avis, l'offre de service devait être *teintée de l'approche, de la vision*, mais qu'elle demeurait *un moyen*. Il ajoutait que *le démarchage* pourrait constituer *un autre moyen d'aller vers les gens, de rencontrer les entreprises avant même d'envoyer une offre de service*.

Pour sa part, un intervenant a insisté sur la différence entre l'offre de service, qui doit mettre en évidence un *discours global, de santé globale, saines habitudes de vie, concerté*, et ce qui se passait vraiment dans *les actions, les interventions*. À son avis, *quand c'est le temps de le mettre en place, c'est du cas par cas*.

Également au moment du groupe de discussion, des informateurs ont soulevé une certaine confusion entre ce *moyen* et l'approche elle-même, qui se répercuterait même dans l'évaluation de l'efficacité. Selon un intervenant, c'était parce que la principale *façon d'actualiser une approche intégrée* dans la région aurait été *à travers l'offre de service intégrée*. À ce sujet, les informateurs étaient d'accord pour considérer que l'approche ne se *réduisait* pas aux offres de service et qu'on pouvait la mettre en œuvre avec d'autres moyens.

Pour sa part, un intervenant a ajouté que les offres de service elles-mêmes, telles qu'elles avaient été conçues, ne regroupaient pas tous les services offerts ou tous les volets touchés par les acteurs Lanaudois concernés par l'approche globale de promotion des saines habitudes de vie. Il mentionnait notamment que la sécurité alimentaire, incluse dans le volet nutrition, n'était pas identifiée dans les offres de service regroupées.

Enfin, abordant l'évolution observée depuis un an et demi, un autre intervenant a laissé entendre que la place des offres de service, ainsi que les orientations pour la prochaine année, ne lui apparaissaient pas encore très bien définies. À son avis, des décisions à ce sujet devaient être prises prochainement.

TABLEAU 14

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : les façons de faire		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Façons de faire en général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation dans la façon de transmettre les messages ▪ Inexistence dans la région de quelque chose de comparable au 0-5-30 ▪ Particularités des dossiers santé dentaire et tabac ▪ Non-connaissance des besoins et préférences des milieux de travail et des municipalités ▪ Travail sur les environnements (milieux assez impliqués) ▪ Aspect communication ▪ Adaptation des interventions en fonction des milieux ▪ Activités réalisées conjointement par les deux intervenants locaux ▪ Nécessité de <i>vendre l'approche</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1 et 2) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2)
Façons de faire : les offres de service	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regroupement des offres de service auparavant transmises de façon indépendante par les professionnels ▪ Confusion des termes « intégré » et « regroupé » ▪ Les milieux ciblés par l'offre de service regroupée : municipalités et milieux de travail; et y rejoindre le plus de personnes possible ▪ Existence de modalités connexes (rappels téléphoniques, rencontres en personne, etc.) ▪ Modifications apportées la deuxième et la troisième années (s'ajuster à des résultats mitigés ou questionnés et transfert de responsabilités de la DSPE aux CSSS) ▪ Moyens alternatifs à l'offre de service (activités selon les besoins, intermédiaire entre les CSSS et les milieux) ▪ Un moyen parmi d'autres d'approcher les milieux ▪ Écart entre le discours global de l'offre de service et la pratique au cas par cas ▪ Confusion entre approche et moyen ▪ Sécurité alimentaire non incluse ▪ Avenir des offres de service pas clair 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire et intervenant (1) ▪ Intervenant et gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire et intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant et gestionnaire (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Mis à part l'offre de service, les acteurs Lanaudois concernés par la nouvelle approche de promotion des saines habitudes de vie ont eu recours à différents autres moyens en vue de la mettre en œuvre. Parmi ceux-ci, ils avaient la possibilité d'utiliser **les outils** conçus dans la région de la Capitale-Nationale, dans le cadre du modèle ou programme **0-5-30**. À cet égard, d'abord, les informateurs étaient d'accord pour affirmer que, contrairement à d'autres régions, Lanaudière n'avait pas retenu en bloc ce modèle ou programme. Comme l'exprimait un intervenant : *Je sais qu'il y en a beaucoup (de régions) qui ont pris l'approche 0-5-30 là vraiment, qui vient de Québec. Nous, c'est un peu différent. Je me souviens plus pour quelle raison, on a décidé de faire ça différemment.*

En fait, contrairement à ce dernier, la plupart des informateurs ont plutôt été d'avis que la raison pour laquelle ce modèle n'avait pas été retenu dans Lanaudière était que les intervenants de la région avaient déjà développé leurs propres programmes et outils. Ainsi, selon un gestionnaire, on se serait limité dans la région à *regarder s'il y avait quelque chose dans le 0-5-30 qui pourrait être complémentaire ou utile*, étant donné qu'on avait déjà des programmes en place.

D'après les informateurs, le choix régional, à l'égard du 0-5-30, a donc été d'utiliser ou d'adapter au besoin certains de ses outils pour compléter la panoplie des activités déjà offertes aux milieux visés.

Il semble quand même que les intervenants pouvaient proposer, dans certains cas, tout le *kit* du 0-5-30 au complet, notamment dans les milieux de travail les plus disposés à investir beaucoup de temps et d'énergie dans un programme aussi ambitieux. Un informateur a résumé en quoi consistait la démarche :

Bien, c'est une démarche à long terme pour améliorer les habitudes de vie. Je pense aux milieux de travail, parce que c'est surtout là que c'est fait. L'idée c'est d'améliorer les habitudes de vie des employés. (...) C'est surtout en passant par l'environnement. Le but ultime, c'est de modifier l'environnement, le milieu de travail, pour que tout le monde puisse avoir des saines habitudes de vie en milieu de travail. Puis c'est une démarche en plusieurs étapes. Je pense qu'ils appellent ça la démarche en sept étapes.

En fait, l'informateur a aussi précisé que, malgré des efforts en ce sens, les intervenants Lanaudois n'avaient encore *réussi à le vendre à personne pour le moment*. Selon lui, ce manque de succès était peut-être dû à la façon de procéder par offres de service plutôt que par *lobbying politique* et par *contacts privilégiés*, méthode employée dans les régions (villes et

banlieues) où le 0-5-30 aurait *bien marché*. Un autre intervenant suggérait, comme explication à cette situation, le fait qu'à son avis, tel quel, le 0-5-30 serait *gros et trop dur à avaler pour la plupart du monde qui est ciblé*. D'après ce dernier, l'intervenant local pourrait *arriver avec le kit en sept étapes* dans un milieu visé, mais y avoir recours seulement *s'ils sont prêts*. Dans le cas contraire, il s'agirait de *les écouter* et de *regarder quel compromis tu peux faire entre les deux*.

Des intervenants ont également fait mention des avantages attachés au 0-5-30, notamment pour les régions n'ayant pas déjà développé leur propre matériel d'intervention. Principalement, selon un informateur, le 0-5-30 avait *l'avantage que c'est tout fait, donc on n'a pas à se casser la tête*. Un autre avantage identifié était que la boîte à outils proposée était déjà *formée et évaluée*, de sorte que *les pour et les contre* étaient déjà connus.

En contrepartie, des intervenants ont aussi identifié quelques désavantages du 0-5-30. En premier lieu, on lui reprochait le manque de *flexibilité* ou de *marge de manœuvre* associé à sa démarche en sept étapes successives. Pour un autre encore, il s'agissait d'une approche *compliquée*. Plusieurs intervenants ont exprimé, d'une façon ou d'une autre, qu'il ne leur apparaissait pas nécessairement adéquat d'imaginer implanter dans toutes les régions un programme-modèle standardisé. Selon l'un d'eux, *chaque région est un peu différente* et, en même temps, elles ne sont pas *au même niveau*, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas *rendues à la même place dans ce dossier-là*. Dans le même sens, un autre informateur considérait qu'il ne s'agissait pas d'un *kit qui s'exporte, notamment en raison des sous qu'il y a eu là-dedans, sur une période de dix ans, et parce que Québec c'est pas comme Lanaudière*. Ainsi, *chaque territoire aurait ses particularités et sa couleur* dont il faudrait tenir compte.

Par ailleurs, pour un autre intervenant, c'était l'approche *minimale* du 0-5-30 à l'égard des cibles visées qui ne correspondait pas à la vision lanauoise plus ambitieuse, surtout concernant la consommation de fruits et légumes. Selon lui, *cinq fruits et légumes, c'est comme pas suffisant là, c'est minimal*. Il ajoutait également que le programme de Québec ne faisait pas de place à la santé dentaire, que Lanaudière avait décidé d'intégrer. Comme l'affirmait un autre, dans le 0-5-30, *il n'y avait aucun chiffre pour la santé dentaire*.

Un autre inconvénient attribué au 0-5-30 était que la région de la Capitale-Nationale qui l'avait élaboré n'offrait pas de soutien pour son déploiement dans une autre région. Dans le même sens, ne pas choisir ce programme impliquait la nécessité, pour les intervenants lanauois, d'*arrimer leurs outils par rapport à l'approche*. Au bout du compte, toutefois, cet

informateur s'attendait à obtenir autant d'efficacité avec un travail de *cas par cas*, adapté aux milieux.

Comme il a été mentionné précédemment, des informateurs ont fait état des **outils originaux développés dans Lanaudière** pour faire la promotion des saines habitudes de vie. Il était question alors de l'expertise déjà développée avant l'adoption plus systématique de la nouvelle approche. Par exemple, un gestionnaire a expliqué que les acteurs lanaudois avaient *retravaillé à partir de ce qu'ils avaient, ce qui avait été expérimenté pendant plusieurs années*, y ajoutant notamment une nouvelle ouverture envers l'environnement.

Selon un intervenant, une partie de l'expertise lanaudoise déjà acquise avec le développement de programmes régionaux d'intervention avait été mise *entre deux couverts* sous la forme de *guides d'intervention* à l'usage des intervenants locaux. De son point de vue, il s'agissait d'un moyen de faciliter leur *coaching*, en leur fournissant dans ce document *les fondements, les objectifs, tous les processus d'intervention*. De plus, ils y trouveraient *des grilles de suivi de gestion*.

Selon un autre intervenant, au moment de la collecte des données, des professionnels de la DSPE travaillaient à l'élaboration d'un autre type d'outil. Il s'agissait d'un *cadre de référence* susceptible d'accompagner la mise en œuvre de l'approche globale. À son avis, ces professionnels étaient eux-mêmes dans une *phase d'ajustement, d'adaptation* face à cette approche.

Un autre intervenant a précisé que, pour faciliter la mise en œuvre de l'approche globale, une personne avait été engagée expressément pour *développer des outils* avec les différents professionnels responsables des dossiers habitudes de vie. Ces outils devaient être utilisés par les nouveaux intervenants locaux engagés par les CSSS pour intervenir auprès de la population adulte. Finalement, ce professionnel aurait développé surtout un programme de promotion des fruits et légumes auprès des restaurants.

TABLEAU 15

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ - Les outils		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Outils du 0-5-30 conçus à la DSP de la Capitale-Nationale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme non adopté comme tel ▪ Adaptation au besoin de certains outils ▪ Utilisation possible du <i>kit</i> complet, dans certains milieux ▪ Avantages pour certaines autres régions : matériel déjà prêt intéressant où rien n'est développé ▪ Inconvénients : manque de flexibilité, moins adapté à spécificités régionales, approche jugée minimale à l'égard des cibles, santé dentaire non considérée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant et gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire et intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Outils conçus dans Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guides d'intervention (par programme) à l'usage des intervenants locaux ▪ Cadre de référence régional pour accompagner la mise en œuvre de l'approche ▪ Outils nouveaux pour rejoindre les clientèles adultes (volet nutrition) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Les ressources humaines peuvent être considérées comme un autre genre de moyen servant à mettre en œuvre des pratiques conformes à l'approche IGC privilégiée. À cet égard, les informateurs ont d'abord expliqué les rôles respectifs des membres du **personnel en poste** au moment de la collecte des données, que ce soit au sein de la DSPE ou des deux CSSS. À ce niveau, l'engagement de deux intervenants locaux, un kinésiologue et un nutritionniste, chacun à l'emploi d'un des deux CSSS, semble être la principale nouveauté.

Selon un gestionnaire, ces deux nouveaux professionnels étaient arrivés en poste en même temps que l'implantation des CSSS. Un autre gestionnaire a ajouté que chacun de ces professionnels devait couvrir l'ensemble du territoire lanauois, et non seulement le territoire associé au CSSS qui

l'employait. Le même informateur a précisé que l'encadrement de ces employés n'était pas fait de la même façon au sein de chacun des CSSS, notamment parce que l'organigramme des deux organisations n'était pas identique en ce qui concerne les dossiers associés à la santé publique. D'un point de vue administratif, un troisième gestionnaire a expliqué qu'en réalité, il obtenait en temps de travail 50 % de l'un des intervenants locaux et 50 % de l'autre, donc *un 100 % à deux*, même si le CSSS défrayait le salaire total de l'un des deux intervenants locaux et assumait *100 % du suivi* auprès de cet employé officiel. Ce dernier informateur ajoutait qu'en raison des différences organisationnelles entre les deux CSSS, l'un des deux intervenants locaux *se plaignait beaucoup du manque d'encadrement* qu'il vivait. Selon un autre informateur, cet intervenant local rencontrait son superviseur toutes les trois semaines, et ce dernier *commençait à comprendre un peu les enjeux, comment ça fonctionne et tout ça*. L'informateur ajoutait toutefois, en parlant des saines habitudes de vie : *ça commence à bien aller mais, tu sais, j'ai pas l'impression que c'est une priorité du CSSS là*.

D'après un intervenant, à leur arrivée en poste, les deux intervenants locaux avaient eu une formation dispensée par les professionnels de la DSPE, étant donné que l'approche était *quelque chose de nouveau* et que, *dans le bac, c'est pas vraiment abordé encore*. Un autre a ajouté que ces nouveaux intervenants travaillaient à partir des programmes déjà développés et des *modèles d'intervention éprouvés*, et que c'était *ce qu'ils voulaient faire*.

En ce qui concerne le cadre de travail respectif des deux intervenants locaux, un gestionnaire a précisé qu'il différait en raison de conditions de départ particulières. Ainsi, de son point de vue, le kinésologue entreprenait son mandat *dans la continuité* par rapport à des programmes déjà développés, organisés et mis de l'avant depuis longtemps avec le soutien de Kino-Québec. Par contre, le nutritionniste était appelé à faire preuve de plus de créativité et ne pouvait compter sur le soutien d'une organisation provinciale comparable à Kino-Québec. On lui demandait donc de créer et de promouvoir des partenariats, des contacts et des activités, et également de faire davantage de planification et de marketing.

Au niveau du travail effectivement réalisé, un autre gestionnaire a expliqué que, selon lui, chacun des deux intervenants locaux s'était surtout investi dans le territoire du CSSS qui l'engageait (le nord ou le sud de la région)¹⁷.

¹⁷ Selon un membre du comité d'évaluation, il s'agirait d'une fausse perception. À son avis, en ce qui concerne les interventions dans les municipalités en activité physique, elles seraient plus nombreuses dans le Nord de la région parce qu'on y trouve davantage de petites municipalités ayant davantage besoin de soutien en cette matière. Par ailleurs, dans le Sud de la région, on trouverait un plus grand nombre d'entreprises, dans lesquelles des interventions en nutrition et en activité physique auraient été réalisées.

À son avis, cette situation était *normale* étant donné qu'il apparaissait plus facile de *faire son réseautage* près de soi, auprès de *son monde* que l'on revoit, avec qui on peut établir des liens et une relation.

Cette situation ne semble pas avoir empêché le travail en synergie des deux intervenants locaux et la possibilité qu'ils puissent aller ensemble *rencontrer les milieux de travail* dans une perspective de complémentarité. À ces occasions, leur discours consisterait à dire : *Oui, y'a des choses qui peuvent s'offrir en nutrition, oui, y'a des choses qui peuvent s'offrir en activité physique, mais c'est mieux de combiner les actions pour avoir un impact plus grand.*

Outre le travail des deux intervenants locaux, un informateur a mentionné qu'un professionnel de la DSPE faisait encore *du terrain dans les écoles*, malgré l'arrivée en poste de ces deux nouvelles ressources. Par contre, un autre professionnel de la DSPE aurait décidé de lui-même de ne plus en faire, parce que *son rôle changeait* et de manière à pouvoir se consacrer à *sa job de recherche et développement*.

Un deuxième aspect des ressources humaines a été abordé par les informateurs. Il s'agit du **personnel supplémentaire attendu** pour multiplier les interventions locales en promotion des saines habitudes de vie. À ce sujet, de nombreux informateurs ont exprimé la nécessité d'obtenir au moins deux nouveaux intervenants, soit un spécialiste en nutrition pour le nord et un kinésologue pour le sud, afin de faciliter le travail et de le rendre plus efficace. Par exemple, un gestionnaire mentionnait que cet ajout de personnel *faciliterait le suivi budgétaire*, notamment *parce que ça complique pas mal les affaires quand les activités sont faites au sud par un intervenant du nord*. De plus, selon lui, des sommes pourraient être épargnées en frais de déplacement, puisqu'un intervenant du sud n'aurait plus à aller donner de conférences à Saint-Michel-des-Saints. De même, l'informateur considérait qu'il pourrait devenir difficile de répondre aux demandes résultant de l'offre de service, si la région ne pouvait compter que sur les deux intervenants locaux en poste.

Du point de vue d'un intervenant, l'insuffisance de ressources humaines représentait un *manque de bras* qui obligeait à laisser des programmes *sur les tablettes*, même s'ils étaient prêts. Cet informateur précisait également que les nouvelles ressources pourraient s'investir auprès de nouvelles clientèles, notamment les jeunes et les aînés. De même, un autre intervenant employait le terme *multiclientèles* pour décrire un changement qui s'opérerait dans le travail des intervenants locaux, si chacun des deux CSSS pouvait disposer d'au moins une ressource supplémentaire. Un troisième intervenant exprimait la même vision en affirmant que, dans cette

situation *souhaitée et demandée*, les quatre intervenants locaux alors en poste auraient à *faire l'ensemble de la population*, mais en même temps *une population moins large* pour chacun. Du point de vue d'un gestionnaire, cet engagement attendu de deux nouveaux intervenants locaux aurait pour effet que chacun couvrirait seulement un des deux territoires, soit le Nord ou le Sud de la région. De cette façon, l'intervention pourrait miser davantage sur le *réseautage* local. Cet informateur affirmait :

C'est correct que ça ait été fait comme ça, parce que c'était la meilleure affaire pour partir, mais on avance et ça va être correct un moment donné qu'on se sépare, parce que c'est trop grand. Tu peux pas investir comme tu voudrais. C'est le réseautage ça. Dis-moi qui tu connais et je te dirai comment tu vas pouvoir rentrer.

Concernant l'ajout de nouvelles clientèles au travail des intervenants locaux, un intervenant soulignait que le fait de toucher les jeunes, dans les écoles où *c'est plus une priorité*, pourrait permettre notamment d'éliminer les *périodes mortes* vécues par l'intervenant local en nutrition. Par ailleurs, le même informateur considérait que l'ajout de nouvelles ressources humaines ne devrait pas entraîner la fin de la collaboration mise en place entre le nord et le sud. Il affirmait ainsi : *Je pense que ça va être important de continuer à travailler ensemble, même si on n'a pas le même territoire. Je pense qu'on va se compléter dans ce qu'on fait. Oui, ça va être plus enrichissant.*

Du point de vue d'un gestionnaire, cependant, l'engagement d'un nouvel intervenant local attaché à un territoire spécifique de CSSS aurait l'avantage de permettre la création d'une véritable équipe locale, une *équipe plus pure* en saines habitudes de vie. Selon lui, il serait possible alors de *se faire un bloc* incluant les deux intervenants locaux et les infirmières scolaires, puisque cette nouvelle équipe aurait *le mandat jeunesse aussi*.

Par ailleurs, une nuance a été apportée par un informateur à propos du dossier tabac, quant à la nécessité d'obtenir l'embauche de nouveaux intervenants locaux. À son avis, des intervenants locaux responsables du tabagisme seraient déjà en poste dans les CLSC et les centres hospitaliers.

Selon un autre intervenant, les besoins en intervenants locaux avaient même été évalués à un kinésiologue et un nutritionniste par CLSC. C'est ce nombre qui aurait été demandé, soit un total de douze intervenants locaux en promotion des saines habitudes de vie pour l'ensemble de la région. À cet égard, cet informateur se disait *optimiste* parce que, de son point de vue le *timing était là*. Par contre, il affirmait : *On n'a pas nos budgets*

*encore cette année. On attend encore pour voir ce qui va arriver. Il expliquait également que cette situation d'incertitude compliquait la promotion des activités, car elle avait conduit les CSSS à rédiger des lettres au conditionnel, intégrant des formules comme *si nous avons ça, nous allons...**

Ainsi, ce serait des limites budgétaires qui auraient empêché les deux CSSS de procéder à l'embauche souhaitée. Selon un gestionnaire, l'ASSS de Lanaudière aurait reconnu le besoin exprimé et entrepris des démarches afin d'y donner suite. Pour sa part, un autre gestionnaire s'attendait même à *des confirmations budgétaires* imminentes, quelques semaines après l'entrevue de collecte de données. De son point de vue, l'engagement du nouveau personnel pourrait se faire rapidement à la suite de l'annonce officielle du budget. L'informateur mentionnait cependant qu'il apparaissait plus difficile de trouver un nutritionniste qu'un kinésologue. Il soulignait également que, pour ce qui était du nutritionniste, il fallait quand même trouver une personne disposée à faire du développement, et non seulement un praticien.

TABLEAU 16

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : les ressources humaines		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Ressources humaines en poste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveaux intervenants locaux (deux) arrivés en même temps que l'implantation des CSSS ▪ Couverture de tout le territoire Lanaudois par chaque intervenant local ▪ Encadrement différent des deux intervenants locaux ▪ Formation et soutien des intervenants locaux dès le début ▪ Situations de départ et mandats différents pour les deux intervenants locaux ▪ Investissement des intervenants locaux surtout sur leur territoire officiel de CSSS (voir note 16) ▪ Travail en synergie des deux intervenants locaux ▪ <i>Terrain</i> dans les écoles encore accompli par un professionnel de la DSPE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Ressources humaines à obtenir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimum nécessaire pour plus d'efficacité : deux intervenants locaux supplémentaires ▪ Suivi budgétaire facilité ▪ Ampleur du territoire à couvrir et frais associés ▪ Clientèles nouvelles à desservir ▪ Répartition efficace des territoires et clientèles ▪ Réseautage facilité ▪ Collaboration conservée entre les intervenants locaux ▪ Possibilité de créer une vraie équipe locale en promotion des saines habitudes de vie ▪ Besoin non avéré d'autres intervenants locaux pour le dossier tabagisme ▪ Besoins évalués à deux intervenants locaux par CLSC ▪ Besoins non comblés en raison de limites budgétaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire et intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

La façon dont les différents acteurs organisaient leur collaboration et se répartissaient leurs rôles à l'égard des interventions de promotion des saines habitudes de vie a aussi intéressé les informateurs. Dans leurs propos, on peut distinguer ***l'articulation des rôles et des responsabilités à l'intérieur même des organisations***, c'est-à-dire respectivement au sein de la DSPE et de chacun des deux CSSS. En fait, cette articulation interne, dans les CSSS, a surtout été abordée par les informateurs sous l'angle des relations de supervision entre l'intervenant local et le gestionnaire chargé de sa supervision. Ce type d'information a déjà été traité précédemment, avec les questions touchant les ressources humaines en poste. Par contre, l'articulation interne des rôles et des responsabilités des professionnels concernés par les saines habitudes de vie est apparue plus fondamentale en ce qui concerne la DSPE. Cela peut se comprendre étant donné que l'adoption plus officielle de la nouvelle approche nécessitait des modifications, à cet égard, dans certaines habitudes des professionnels de l'organisation en poste depuis relativement longtemps.

D'abord, des informateurs ont fait état du rôle particulier assumé par un professionnel ayant obtenu le mandat de favoriser la collaboration, au sein d'une nouvelle *micro-équipe*, de tous ses collègues chargés de dossiers associés aux saines habitudes de vie. Selon un gestionnaire, cette nouvelle équipe, avec son professionnel responsable, avait permis *d'aider à échanger, à voir c'est quoi les stratégies des uns et des autres pour travailler de façon plus concertée*, étant donné qu'auparavant, l'organisation était différente et qu'il y avait un *arrimage à faire entre les gens*. Pour un autre gestionnaire, le nouveau chef d'équipe avait justement pour fonction de *faciliter les arrimages, la cohérence, développer une vision*.

Du point de vue d'un intervenant, le rôle du nouveau *chef d'équipe* semblait très important. Pour sa part, il affirmait *se fier beaucoup sur lui* pour rassembler les professionnels chargés de dossiers de saines habitudes de vie. Faisant référence à l'expérience passée du projet *Participe à ta santé* qui avait été l'occasion de combiner le travail de plusieurs professionnels, il affirmait : *ça prend vraiment quelqu'un ou un projet, quelque chose pour nous rapprocher*. Un autre intervenant précisait que les rencontres de l'équipe saines habitudes de vie de la DSPE étaient organisées *pas mal au besoin*, ce qui équivalait à environ *deux, trois fois par année*. Il ajoutait que cette fréquence permettait aux professionnels *d'avancer dans leurs choses*, et qu'elle n'empêchait pas la formation de sous-comités. Pour un autre intervenant, *ça allait bien* avec ce comité (l'équipe saines habitudes de vie), *mais ça demandait des ajustements*, étant donné que *c'était nouveau*.

Selon des intervenants aussi, la mise en place de la nouvelle équipe aurait permis aux professionnels concernés de développer une meilleure connaissance du travail de leurs collègues, nécessaire pour entreprendre par la suite d'éventuelles collaborations. L'un d'eux affirmait que leurs rencontres les avaient *amenés à travailler, à connaître plus ce que les autres faisaient*. De même, un autre expliquait comment cette meilleure connaissance du travail des collègues pouvait faciliter l'ouverture à d'éventuelles collaborations. À son avis, il s'agissait de *voir de quelle façon leurs programmes pouvaient se compléter*. D'ailleurs, l'année suivante devait servir à voir de quelle façon les professionnels pouvaient *modifier leurs programmes*.

Pour un troisième intervenant, il était important de *faire des liens* entre les quatre habitudes de vie que sont l'alimentation, l'activité physique, le tabac et la santé dentaire. Pour sa part, il trouvait intéressant de pouvoir parler de l'habitude de vie dont il était responsable avec d'autres personnes que des spécialistes en la matière. À son avis, *ça travaille dans le bon sens quand on parle de ces choses-là*, c'est-à-dire quand les liens sont entretenus.

On peut noter qu'un intervenant a fait allusion à la possibilité d'intégrer dans l'équipe des saines habitudes de vie de la DSPE un professionnel responsable du dossier de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Il s'interrogeait sur les similitudes et les différences observées, notamment, avec le dossier du tabac, de même que sur les différences entre une dépendance et une mauvaise habitude de vie. De son point de vue, leurs interventions étaient *toutes semblables*, étant donné que les deux types de professionnels touchaient à *l'estime de soi et à l'influence sociale*. En conséquence, il lui apparaissait intéressant d'envisager la possibilité de *mettre leurs énergies en commun*.

Enfin, en ce qui concerne l'articulation des rôles et des responsabilités des acteurs concernés par la promotion des saines habitudes de vie au sein des deux CSSS, un gestionnaire a mis en évidence des distinctions ayant trait à des organigrammes différents. Ainsi, de son point de vue, les deux gestionnaires n'étaient *pas tout à fait des vis-à-vis* parce qu'ils n'occupaient pas des postes identiques. Plus précisément, celui du Sud de la région serait responsable d'*une partie du programme de santé publique, mais comme chef d'administration de programme*. Il relèverait donc d'un supérieur immédiat qui serait un directeur, de telle sorte que *c'est comme s'il y a trois épaisseurs là*. Par contre, dans le CSSS du Nord, le gestionnaire responsable aurait le titre de coordonnateur. Cette situation aurait comme conséquence que, lors de leurs rencontres, le gestionnaire du CSSS du Sud *ne va pas à l'encontre de ce que peut penser celui du Nord*. Toutefois, du point de vue de l'informateur, les deux gestionnaires

s'organisaient bien avec cette situation, essayant de *se simplifier la vie* tous les deux.

Lors du groupe de discussion, un intervenant a laissé entendre que la *démarche du PAR* qui était alors en cours au sein de la DSPE pourrait contribuer à *harmoniser les choses* entre les acteurs. De même, un autre intervenant affirmait qu'il avait constaté une amélioration dans la collaboration entre les mêmes acteurs, qui serait devenue *plus simple*, grâce à des rencontres et de la communication.

TABLEAU 17

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : l'articulation et la collaboration des ressources au sein des organisations		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Articulation et collaboration au sein de la DSPE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une micro-équipe et d'un rôle de chef d'équipe ▪ Rôle du chef d'équipe jugé important ▪ Rencontres de l'équipe saines habitudes de vie au besoin, ajustements nécessaires ▪ Connaissance meilleure du travail des collègues avec l'équipe saines habitudes de vie, liens entretenus, ouverture aux possibilités de collaboration ▪ Possibilité envisagée d'intégrer aussi l'alcoolisme-toxicomanie ▪ Harmonisation des choses avec la démarche du PAR ▪ Amélioration dans la collaboration des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2)
Articulation et collaboration dans les deux CSSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organigrammes différents, donc partages différents de responsabilités entre cadres de niveaux différents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Par ailleurs, les informateurs ont aussi abordé ***l'articulation des rôles et des responsabilités entre les organisations*** travaillant ensemble pour la promotion des saines habitudes de vie, soit toujours la DSPE et les deux CSSS de la région. Cette articulation se situait à deux niveaux : celui des intervenants et celui des gestionnaires. Le niveau des gestionnaires, en

quelque sorte, représentait celui des rapports officiels entre les organisations.

À cet égard, des informateurs ont rappelé que le contexte de la création et de la mise en place des CSSS coïncidait avec le moment de l'adoption plus officielle et organisée de l'approche IGC des saines habitudes de vie. Donc un contexte dans lequel les rôles et responsabilités respectifs des deux paliers d'organisation (DSPE et CSSS) étaient en redéfinition, de même que ceux des gestionnaires et intervenants à leur emploi. On pourrait considérer qu'il s'agissait d'une période d'ajustement généralisé.

Au niveau des organisations, un gestionnaire a précisé que la loi sur la gouverne faisait des CSSS les responsables de la planification, de la programmation et de la réalisation des interventions. De son point de vue, pour la DSPE, c'était *une autre façon de voir*, c'est-à-dire que ses professionnels devenaient *en support à des personnes*, les intervenants locaux, qui n'étaient pas là auparavant. Selon un autre gestionnaire, la période d'ajustement s'est déroulée avec, en toile de fond, une *vision de Lanaudière* : celle de progresser vers de plus en plus d'appropriation et d'autonomie des CSSS. L'informateur ajoutait que la DSPE avait quand même plus qu'un rôle de soutien aux CSSS. Elle conservait aussi la responsabilité d'actions complémentaires au niveau régional, en ce qui concerne la mobilisation, la sensibilisation, la représentation, la concertation régionale, la communication et l'évaluation.

D'après ce même gestionnaire, l'arrivée des CSSS et du *volet environnement* avait eu pour effet général, à la DSPE, de *changer beaucoup la dynamique et la façon de travailler* par rapport à ce qui était fait auparavant. En ce sens, il s'agirait pour l'organisation d'un *apprentissage*, parce que son rôle n'était plus le même.

Selon un autre gestionnaire, des rencontres entre les gestionnaires concernés par la promotion des saines habitudes de vie à la DSPE et au CSSS du Nord auraient lieu une fois par mois. Ces rencontres porteraient sur l'élaboration de stratégies communes de marketing en vue de réaliser les mandats d'intervention tout en faisant le meilleur usage des budgets de santé publique à cet effet. De son point de vue, depuis une nouvelle *mode* apparue en 2007, la répartition de l'argent affecté aux saines habitudes de vie se ferait dans le cadre de processus de concertation. Il s'agirait d'un *mal nécessaire eu égard à notre historique, et pour que tout le monde s'implique dans les décisions*, de manière à en devenir *responsable*. D'après lui, auparavant, *c'était trop sectorisé, trop normalisé à l'Agence*. L'informateur a ajouté également que les échanges entre les gestionnaires des deux CSSS responsables du dossier des saines habitudes de vie

étaient plutôt limités en raison de leur *gestion de temps*. Ce ne serait *ni une question d'intérêt ou de besoin* qui les obligerait à communiquer surtout par téléphone et *en urgence*.

Pour sa part, un troisième gestionnaire a tenté de résumer globalement les différentes articulations mises en place entre la DSPE et les deux CSSS en lien avec la promotion des saines habitudes de vie. Selon lui, maintenant chaque porteur de dossier à la DSPE structurerait son dossier en collaboration avec ses vis-à-vis des CSSS. Il y aurait des réunions d'équipes, parfois seulement au sein de la DSPE, parfois intégrant aussi des acteurs des CSSS. Les chefs de programme pourraient parfois prendre part aussi à ces réunions, quand il y aurait des décisions à prendre. Ces différentes rencontres seraient organisées en fonction des besoins. Le professionnel responsable des saines habitudes de vie à la DSPE, considéré par certains comme un *chef d'équipe*, serait en charge de ce qu'il y a de *commun* entre ces différents acteurs. Les rencontres auraient notamment pour but la transmission d'informations et d'outils afin de préciser les arrimages possibles et de développer une vision commune. L'informateur a mentionné également qu'environ trois fois par année, d'importantes rencontres de planification et de bilan étaient organisées.

Dans l'ensemble, les propos des informateurs ont porté davantage sur le nouveau partage des rôles et des responsabilités au niveau de l'intervention et du *terrain*, entre les professionnels de la DSPE et les nouveaux intervenants locaux des CSSS. C'est à ce palier surtout que certaines difficultés ont été identifiées, comme on le verra plus en détail à la section consacrée aux faiblesses des pratiques « d'après » (4.3.2.3). Celles-ci semblent associées en grande partie au fait que certains porteurs de dossiers de saines habitudes de vie à la DSPE ont dû changer de rôle et modifier leur travail, avec la mise en place des CSSS et l'engagement des deux intervenants locaux.

Un gestionnaire a expliqué comment les professionnels de la DSPE ont dû s'adapter graduellement à leur nouveau rôle pour *supporter* et *accompagner* dorénavant les nouveaux intervenants locaux. À son avis, il s'agissait d'un nouvel *apprentissage* qu'avaient dû faire ces professionnels par rapport au rôle qu'ils jouaient auparavant.

Le même informateur a fourni également quelques précisions historiques et contextuelles à propos de l'évolution du rôle de ces professionnels. De son point de vue, par rapport aux autres professionnels de la santé publique, c'était particulier aux porteurs de dossiers habitudes de vie de ne pas agir surtout *en support* aux milieux, et dans des dynamiques de concertation. Il affirmait ainsi qu'ils avaient dû *se raccrocher à une façon de faire là depuis*

longtemps, mais qu'eux-mêmes n'avaient pas adoptée pour toutes sortes de bonnes raisons.

Par ailleurs, du point de vue de plusieurs gestionnaires, une évolution aurait été observée dans l'attitude des intervenants locaux par rapport aux professionnels de la santé publique, depuis deux ans qu'ils étaient entrés en fonction au moment de la collecte des données. Ainsi, les intervenants locaux auraient acquis peu à peu une meilleure connaissance de *comment ça marche les affaires*, et aussi plus d'assurance. Ils auraient donc de plus en plus tendance à faire entendre leur point de vue sur la façon de faire les choses, plutôt que de dire aux professionnels de la DSPE, comme au moment de leur arrivée en poste, *dites-moi ce que je dois faire*. De même, un autre informateur s'attendait à ce que, dans l'avenir, les intervenants locaux *prennent plus de place* et aient moins besoin des professionnels de la DSPE. Un troisième gestionnaire expliquait même qu'il encourageait clairement les intervenants locaux dans ce sens. Il précisait qu'il fallait les *outiller* afin que, lors de discussions avec un professionnel de la DSPE, ils soient en mesure de prendre eux-mêmes des décisions qui leur convenaient.

Du point de vue des professionnels de la DSPE, le nouveau rôle officiel attendu d'eux, par rapport aux intervenants locaux, a été bien résumé par l'un d'eux. Ils devaient maintenant, selon lui, *avoir un rôle conseil* ainsi que *de soutien à ces gens-là* et, plus précisément, *au niveau des mesures efficaces et des outils, afin qu'ils puissent intervenir correctement sur le terrain*. L'informateur mentionnait également qu'ils devaient s'occuper de formation *par rapport à ces outils et par rapport à la façon de faire*, et aussi de *mobilisation régionale* et de *concertation*.

Cela dit, les différents intervenants ont aussi mis en évidence des particularités liées à certains des dossiers d'habitudes de vie. Par exemple, en ce qui concerne le tabac, l'adoption plus systématique de l'approche IGC n'aurait pas modifié les rapports entre les professionnels de la DSPE et ceux des CSSS. Selon un informateur, en effet, il y aurait eu en poste des intervenants locaux spécialisés, associés aux centres d'abandon du tabac, bien avant l'embauche de ceux qui étaient dédiés aux saines habitudes de vie. L'informateur précisait aussi que la Loi sur le tabac limitait désormais la nécessité et les possibilités d'intervenir sur les environnements. Il ajoutait toutefois qu'un intervenant local pourrait éventuellement jouer un rôle auprès de certaines entreprises désireuses d'accompagner leurs employés qui voudraient arrêter de fumer.

De même, le travail du professionnel de la DSPE responsable du dossier santé dentaire n'aurait pas été sensiblement modifié avec l'adoption de

l'approche IGC et l'entrée en scène des intervenants locaux. Ainsi, selon un informateur, ce professionnel devait encore *faire du terrain* lui-même auprès des municipalités, étant donné la spécificité de la fluoration et la nécessité d'une expertise pointue pour l'aborder. Toutefois, il aurait tout de même fait sa tournée des municipalités à ce sujet accompagné d'un intervenant local, qui en profitait pour aborder à la même occasion les possibilités d'intervention en activité physique. Par ailleurs, ce professionnel, un peu comme celui responsable du dossier tabac, travaillait déjà en lien avec d'autres intervenants locaux spécialisés, en poste avant l'embauche des nouvelles ressources en saines habitudes de vie. Il s'agissait des hygiénistes dentaires travaillant en milieu scolaire. Selon l'informateur, le rôle du professionnel de la DSPE à l'égard de ces intervenants locaux en était déjà un de support et de formation.

Il a été mentionné également que d'autres professionnels de la DSPE avaient continué à *faire du terrain* après l'entrée en poste des deux nouveaux intervenants locaux dédiés aux saines habitudes de vie, même si, selon l'un d'eux, *ils devraient théoriquement pas être trop sur le terrain*. Il a été question, d'une part, du professionnel en charge du dossier nutrition, notamment en lien avec l'engagement temporaire d'un professionnel chargé de contribuer à l'élaboration d'outils et au soutien de l'intervenant local spécialisé en nutrition, pour *améliorer les environnements*. D'autre part, un des professionnels de la DSPE responsables de l'activité physique aurait également continué à faire de l'intervention dans les milieux¹⁸.

Du point de vue d'intervenants, l'adoption plus officielle et systématique de l'approche IGC des saines habitudes de vie en même temps que la mise en place des CSSS aurait constitué un moment opportun. Ainsi, pour un informateur, *c'était un bon timing d'arriver avec des façons de faire et d'engager des gens pour les appliquer au moment où tout était réorganisé*. Toutefois, il semblerait que le moment aurait été encore plus pertinent s'il n'y avait pas eu autant de *changements de chaises* par la suite, et si le déploiement de l'approche s'était fait un peu plus tôt. Selon un autre informateur, *il fallait que ça soit fait de même*, parce que *ça aurait peut-être été plus dur s'ils avaient juste structuré leurs affaires intégré d'abord*.

Enfin, deux informateurs ont abordé la question des interactions entre les acteurs lanaudois concernés par la mise en œuvre de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie, et ceux des autres régions du Québec. À cet égard, un gestionnaire a indiqué que les professionnels des

¹⁸ Selon un membre du comité d'évaluation, il est probable que l'informateur faisait allusion à des interventions en milieu scolaire.

différentes régions ayant un mandat similaire à celui du chef d'équipe de la DSPE de Lanaudière ne se rencontraient pas de façon périodique. De son point de vue, cependant, ça pourrait être intéressant de développer *un réseau* entre eux, éventuellement en comptant sur un financement de la Table nationale de concertation en prévention et promotion de la santé (TCNPP). Selon lui, ce réseau serait utile pour *partager une vision, des bons coups, s'entraider, etc.* Pour sa part, un intervenant a fait état d'une rencontre ayant eu lieu entre des acteurs des régions de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, concernant le 0-5-30. Ses propos témoignent d'une déception vécue à ce sujet. En effet, alors que ses attentes portaient sur *comment ils procédaient quand ils allaient dans les milieux de travail*, la rencontre aurait davantage pris la forme d'une présentation d'*outils*, de *cartables* et d'informations. La déception exprimée était aussi liée au fait que les participants à cette rencontre n'étaient pas les *agents terrains dans les CSSS*, mais plutôt *des gens de santé publique*.

Au moment du groupe de discussion, un gestionnaire a tenu à souligner l'importance de maintenir des rencontres d'échanges entre les différents acteurs locaux et régionaux concernés par l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie, advenant l'engagement de nouveaux intervenants locaux.

TABLEAU 18

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : l'articulation et la collaboration entre les organisations		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Articulation et collaboration entre la DSPE et les CSSS : niveau des organisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création des CSSS en même temps qu'adoption de l'approche IGC (contexte de redéfinition des rôles et responsabilités respectifs) ▪ Rôle de soutien nouveau pour la DSPE ▪ Vision de Lanaudière : plus d'autonomie pour les CSSS ▪ Rencontres mensuelles entre gestionnaires DSPE et CSSS (stratégies de marketing et budget) ▪ Collaboration entre professionnels DSPE et intervenants locaux pour chaque dossier d'habitude de vie ▪ Réunions d'équipe à la DSPE intégrant parfois des acteurs des CSSS (même chefs de programmes) ▪ Chef d'équipe de la DSPE responsable de ce qu'il y a de commun entre les différents acteurs ▪ Rencontres de planification et de bilan environ trois fois par année 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Articulation et collaboration entre la DSPE et les CSSS : niveau des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage des rôles entre les professionnels de la DSPE et les intervenants locaux : historique particulier des professionnels en habitudes de vie, assurance et autonomie graduellement acquises par les intervenants locaux ▪ Changements peu nombreux pour certains dossiers (professionnel DSPE en tabac et en santé dentaire) ▪ <i>Terrain</i> encore visité par certains professionnels DSPE (santé dentaire et nutrition; et pour activité physique, voir note 17) ▪ Mise en place des CSSS et adoption de l'approche IGC en même temps : moment plutôt opportun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Articulation et collaboration entre Lanaudière et les autres régions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de rencontres organisées entre chefs d'équipes habitudes de vie des différentes régions : réseau à développer ▪ Absence de rencontres pour partager sur les façons concrètes d'intervenir au niveau des intervenants locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Au moment où ils décrivaient comment les acteurs lanaudois avaient procédé pour mettre en œuvre l'approche IGC de prévention des saines habitudes de vie, les informateurs ont identifié certains éléments qui leur semblaient être des **particularités lanaudoises**. Il s'agit, dans l'ensemble, d'informations déjà abordées précédemment, dans d'autres parties de l'analyse, mais rassemblées et reconsidérées en fonction de ce nouvel angle d'approche : ce qui pourrait être propre à Lanaudière.

Encore une fois, des informateurs ont souligné le fait que, dans la région, le choix avait été fait de partir des acquis plutôt que de faire table rase en adoptant, par exemple, les façons de faire proposées par la DSP de la Capitale-Nationale. Cela était possible, selon un gestionnaire, parce que dans Lanaudière, on ne *partait pas de zéro*. On pouvait donc *partir de ce qu'on avait déjà*, puisque les intervenants avaient développé *des actions sur des habitudes de vie spécifiques, qui roulaient déjà*. Il était question d'interventions touchant l'activité physique, l'alimentation et le tabac, qu'on souhaitait *intégrer à la nouvelle approche et coller ensemble*. L'informateur précisait que, si *les actions sont pareilles*, par contre, *le regard est différent*. Ainsi, les acteurs auraient davantage tendance à *relier les choses, à les intégrer dans un système*, de manière à en faire *un tout plus cohérent*. Cela signifiait notamment qu'ils pouvaient travailler autant au niveau éducatif qu'à celui politique, sur les environnements favorables.

Du point de vue de certains intervenants, les acquis et les forces de la région lanaudoise tenaient en partie à la qualité des programmes développés depuis plusieurs années et adaptés à la région, notamment en ce qui concerne l'activité physique. Un informateur expliquait que les responsables de cette habitude de vie à la DSPE étaient liés à un comité scientifique national de Kino-Québec, au sein duquel des concepts étaient développés avant d'être adaptés au niveau régional. Un autre informateur soulignait que, par rapport à leurs collègues des autres régions, ces professionnels de la DSPE étaient *les seuls qui n'ont pas lâché la notion de programme*, après un *gros boom initial de développement d'expertises et de ressources investies*, qu'il situait en 1995-1996.

D'après un gestionnaire, Lanaudière se distinguait aussi par le souci de développer une concertation entre différents établissements et paliers, dans un effort en vue d'*impliquer le plus d'acteurs possible*.

La prise en compte de la santé dentaire, décrite par un gestionnaire comme étant l'ajout d'une quatrième cible par rapport aux trois ciblées par le 0-5-30, serait aussi un élément distinctif de la façon lanaudoise d'adapter la nouvelle approche. Selon un autre gestionnaire, ce domaine d'intervention

serait déjà inclus dans le PNSP dans la section des habitudes de vie et des maladies chroniques. C'est pourquoi les acteurs concernés se seraient dits : *Pourquoi ne pas regarder en termes d'environnement aussi la santé dentaire, en même temps que le reste?* Ainsi, les personnes mandatées pour travailler les habitudes de vie dans les deux CSSS se seraient vues attribuer aussi ce volet-là, étant donné que *le fluor est une méthode reconnue au niveau environnemental*. Toutefois, au moment de la collecte des données, il s'agissait encore d'une mineure dans le travail des intervenants locaux.

Des intervenants ont également identifié comme une spécificité Lanaudoise la prise en compte de la santé dentaire dans la mise en œuvre de l'approche IGC des saines habitudes de vie. L'un d'eux affirmait : *Moi, à ma connaissance là, on est la seule place avec la santé dentaire de la façon qu'on est ici*. Et il précisait : *Il y a une quatrième chaise comme les trois autres là, autour de projets qui pouvaient être mis en place*. De même, un autre informateur soulignait cet ajout Lanaudois de *l'hygiène dentaire*.

Nous, la différence par rapport à d'autres régions, c'est qu'on travaille sur quatre facteurs de risque : on a l'alimentation, l'activité physique-la sédentarité, on a le tabac et, bien sûr, on a ajouté, nous, l'hygiène dentaire là, qui fait partie également de notre approche intégrée au niveau des habitudes de vie.

Un autre intervenant ajoutait que *la santé dentaire, c'est plus nouveau* et que c'est aussi *assez particulier*, étant donné que *c'est peut-être moins facile à raccrocher, parce que ça fait moins comportemental que l'activité physique, la nutrition et le tabagisme*.

Deux intervenants ont parlé de la prise en compte de la dimension environnementale comme d'une autre particularité Lanaudoise. L'un d'eux a mentionné qu'à son avis, même si c'était une *tendance* à l'échelle de la province d'aller dans ce sens, au moment de la collecte des données, il n'y avait encore *pas beaucoup de monde qui travaillaient sur les environnements dans les autres régions*. Dans le même sens, l'autre informateur affirmait : *Je sais qu'on est la seule région qui travaille l'environnement, ou une des seules qui travaillent l'aspect environnement*.

Une autre particularité Lanaudoise dans la mise en œuvre de l'approche IGC serait la possibilité de s'adapter cas par cas aux besoins des milieux, découlant du choix de ne pas avoir adopté *un concept déjà prescrit pis entre deux couverts*. L'intervenant ayant abordé cette question laissait

entendre aussi que cette *latitude* dont il disposait lui apparaissait précieuse.

Lors du groupe de discussion, une comparaison avec les autres régions a conduit un intervenant à affirmer qu'il y avait *sûrement des régions qui étaient plus en avance* dans la mise en œuvre de l'approche globale et concertée, mais que Lanaudière n'était *sûrement pas en arrière non plus*. Dans le même sens, un gestionnaire ajoutait que *c'est pas parce que les gens des autres régions en font moins que c'est moins important*. Selon lui, de toute façon, *tout le monde était en train d'essayer là-dedans*.

TABLEAU 19

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : les particularités lanaudoises		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Acquis comme point de départ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité attribuable au fait qu'on ne partait pas de zéro en activité physique, en alimentation et en tabac ▪ Actions identiques mais regard différent, plus intégré ▪ Qualité des programmes lanaudois, notamment en activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Concertation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souci propre à Lanaudière de concerter différents établissements et paliers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Ajout de la santé dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cible non prévue dans le 0-5-30 ▪ Cible déjà incluse dans le PNSP ▪ Aspect mineur dans le travail des intervenants locaux ▪ Seule région avec pleine place faite au professionnel responsable dans l'équipe des saines habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Aspect environnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lanaudière plus avancée à ce sujet malgré la tendance provinciale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Adaptation au cas par cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité vu la non-adoption d'un concept déjà prescrit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
État d'avancement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lanaudière pas en avance mais pas en arrière ▪ Expérimentation dans toutes les régions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2) ▪ Gestionnaire (2)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Une dernière dimension de la description des pratiques « d'après » l'adoption plus officielle de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie porte sur **les résultats attendus, obtenus et évalués**.

En ce qui concerne d'abord les résultats attendus, un intervenant a souligné que ceux-ci n'avaient pas changé depuis l'adoption de la nouvelle approche, et qu'ils étaient clairement indiqués *dans le cadre du PAR* et *dans le cadre du PAL*, notamment en ce qui concerne l'activité physique.

Pour ce qui est des résultats obtenus, plusieurs informateurs ont fait état surtout d'un moins bon taux de réponses positives atteint à la suite de l'envoi aux milieux visés d'offres de service regroupées. Notons que la plus grande part de leurs propos à ce sujet sera incluse dans l'analyse des faiblesses attribuées aux pratiques « d'après » (section 4.3.2.3). On peut mentionner tout de même que des distinctions auraient été observées selon les types d'interventions proposées. Ainsi, selon un intervenant, certaines auraient *bien marché*, et notamment *la campagne pour la restauration* pour laquelle il jugeait que *ça a été merveilleux*. Selon lui, par contre, en ce qui concerne les interventions proposées en activité physique, du point de vue des acteurs responsables, elles n'auraient *pas été à leur goût*.

Des informateurs ont aussi fait allusion à l'existence de pratiques habituelles visant à collecter des informations sur les activités déployées. Par exemple, un intervenant mentionnait *l'évaluation des résultats que les participants ont obtenus*.

D'autres informateurs ont parlé de la tenue de rencontres visant à faire un bilan annuel de la mise en œuvre de l'approche IGC dans Lanaudière. Selon un gestionnaire, deux rencontres de ce type avaient eu lieu, au moment de la collecte des données. Elles auraient permis aux acteurs concernés de s'entendre en vue de déterminer de nouvelles orientations pour l'année suivante. Par exemple, à une de ces occasions, les participants auraient convenu de *consolider les activités au niveau des adultes* plutôt que de commencer à cibler les clientèles scolaires, même si l'intervenant local spécialisé en nutrition aurait connu des périodes où il était moins occupé. Dans le même sens, un intervenant a affirmé que lors de la dernière rencontre de bilan annuel, les participants auraient décidé ensemble que les intervenants locaux devaient *continuer de travailler avec les milieux de travail*. Il leur restait alors à *se rencontrer pour voir comment ils allaient fonctionner à cet égard*.

Enfin, un intervenant a exprimé son point de vue quant à la démarche d'évaluation en cours, dans le cadre de laquelle il était rencontré en entrevue. À son avis, cette démarche était un peu trop précipitée puisqu'il considérait qu'on *évaluait de quoi qui était très embryonnaire*. Cet

informateur a expliqué que, dans sa conception d'une évaluation, il fallait avoir longuement expérimenté et réajusté une intervention, par exemple, avant d'être en mesure de vraiment l'évaluer. En fait, il semblait associer étroitement évaluation et résultats. Selon lui :

Tu pars quelque chose, et tu l'organises et tu le requestionnes. Tu poursuis, tu tapes sur le même clou. Puis s'il y a encore d'autre chose, tu le réajustes. Mais tu restes là-dessus un bout de temps. Pour voir, le mener, pis voir si ça va donner quelque chose là.

Au moment du groupe de discussion, les participants ont accordé assez d'importance à la thématique des résultats attendus et obtenus et de l'évaluation, et souvent pour proposer des améliorations. Plusieurs de ces éléments de contenu seront donc plutôt présentés dans la partie consacrée aux faiblesses de l'approche (4.3.2.3).

Concernant les résultats attendus, un intervenant a rappelé qu'en matière d'activité physique, les intervenants avaient des *objectifs clairs*. Il affirmait : *Moi, je suis d'accord pour développer une vision, mais je suis aussi d'accord pour qu'on amène des résultats*. Et il laissait entendre que les façons de faire étaient, à son avis, étroitement liées aux résultats obtenus : *Je veux développer une vision, mais je ne veux pas oublier, aussi, ce qu'il faut faire pour que ça marche*. De plus, il soulignait qu'étant donné le caractère annuel des offres de service, *quand on se trompe, on se trompe* et que, pour apporter des correctifs, *ça va à l'année d'après*.

De son côté, un gestionnaire a soulevé la possibilité que la meilleure réponse observée aux offres de service, telles qu'elles étaient conçues avant d'être regroupées, puisse s'expliquer en partie par une certaine *contamination des milieux*. Autrement dit, il se demandait si, dans les milieux qui répondaient bien, on ne retrouverait pas *des gens qui avaient déjà un certain goût pour développer, pour continuer à faire cette habitude de vie-là*.

Enfin, des participants ont fait part de leurs attentes envers la démarche d'évaluation en cours. L'un d'eux comptait sur l'étude pour *avoir une vision plus claire des choses pour prendre une orientation*. Il ajoutait : *Je pense qu'on attend tous un peu après ça*. Pour sa part, un gestionnaire a affirmé que cette évaluation avait déjà *amené à réfléchir sur des questions de fond, justement, sur l'approche*.

TABLEAU 20

Les éléments de description des pratiques « d'après » identifiés par les informateurs ¹ : les résultats attendus, obtenus et évalués		
Thèmes abordés	Éléments de description	Types d'informateurs ²
Objectifs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indications claires et précises dans le PAR et le PAL ▪ Conciliation entre l'adoption d'une approche et l'atteinte des objectifs attendus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (2)
Résultats de l'offre de service	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variabilité selon les habitudes de vie ou les interventions proposées ▪ Résultats précédents meilleurs en raison d'une contamination des milieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (2)
Évaluation de la participation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pratiques habituelles après la tenue d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Les bilans annuels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élément favorisant la prise de décisions endossées par les différents acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire et intervenant (1)
Évaluation en cours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche considérée comme précipitée (comprise comme évaluation de résultats) ▪ Attentes formulées concernant la clarification des choses ▪ Réflexions stimulées sur des questions de fond 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (2) ▪ Gestionnaire (2)

¹ Même si cette section portait sur des éléments davantage descriptifs, on doit considérer que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas pour autant toujours des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui rendent compte des perspectives, positions, opinions, compréhensions propres aux différents informateurs. Pour les fins de l'analyse, ils constituent aussi des composantes de leurs représentations sociales.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.3.2.2 Les forces des pratiques « d'après »

De la même façon que pour les pratiques « d'avant » la mise en œuvre plus officielle de la nouvelle approche IGC de promotion des saines habitudes de vie, les informateurs ont été invités à identifier ce qui leur semblait être les principales forces des pratiques associées à la période « d'après » cette mise en œuvre¹⁹. Il pouvait s'agir aussi d'avantages associés à ces pratiques, ou d'améliorations en découlant.

D'abord, de façon générale, on note que les éléments reconnus comme étant des forces ont beaucoup varié selon les informateurs. En ce sens, il ne semblait pas y avoir de tendance importante en faveur de l'un ou l'autre de ces éléments. Quelques intervenants ont tout de même retenu à ce titre le développement d'une collaboration entre les professionnels

¹⁹ Voir note 13, p. 77.

responsables de dossiers d'habitudes de vie spécifiques. En premier lieu, certains ont fait état d'une meilleure connaissance réciproque étant préalable à cette nouvelle collaboration.

Selon un autre intervenant, le fait de *se parler plus* et d'être *plus au courant*, au-delà de *rajouter un petit peu de contenu*, aurait bel et bien conduit à des tentatives concrètes des professionnels de la DSPE en vue de *développer des programmes ensemble*. Cependant, une meilleure collaboration effectivement observée serait plus marquée entre les professionnels responsables de deux habitudes de vie qui se rejoignent plus facilement, l'activité physique et l'alimentation. De son point de vue, *maintenant on parle toujours des deux en même temps*, ce qui ne serait pas le cas, cependant, pour le thème du tabac.

Un autre intervenant a souligné que le professionnel responsable du dossier de la santé dentaire à la DSPE avait été *très bienvenu* et qu'il avait noté une *belle réceptivité* de ses collègues, quand il leur avait présenté *ses réalités* au sein de l'équipe des saines habitudes de vie. Et ce, en dépit du fait que, par rapport aux trois autres habitudes de vie, ce dossier apparaissait *vraiment différent*. Selon l'informateur, le professionnel concerné trouvait *intéressant d'être dans une équipe où il ne fait pas son travail tout seul dans son bureau*.

Pour sa part, un troisième intervenant a retenu comme un élément positif la nomination d'un chef d'équipe des saines habitudes de vie au sein de la DSPE. À son avis, cette personne qui *rassemble* les professionnels concernés et qui s'occupe notamment de *tenir les ordres du jour*, joue un rôle *vraiment facilitant*. Un gestionnaire a également considéré que ce professionnel allait *faciliter les arrimages, la cohérence, développer une vision*.

Les ajustements à leurs pratiques précédentes demandées aux professionnels de la DSPE ont aussi été identifiés comme un élément positif par deux informateurs. Selon un gestionnaire, ils entraînaient *plus d'émulation* chez ces professionnels, les empêchant de demeurer *assis dans le confort des acquis*. Pour sa part, un intervenant considérait que ces ajustements allaient *amener beaucoup de positif* et qu'ils seraient *facilitants* pour les professionnels concernés.

Selon un intervenant, la seule embauche d'intervenants locaux constituait en soi une amélioration substantielle liée aux pratiques découlant de l'adoption de l'approche IGC. De son point de vue, ceux-ci avaient déjà accompli *un immense travail* qui n'aurait *pas pu être fait autrement*.

L'informateur en profitait pour rappeler qu'il n'y avait *jamais assez* de ces professionnels pour mener à bien tous les projets envisagés.

Un gestionnaire a, pour sa part, souligné la compétence et l'efficacité des intervenants déjà en poste. Selon lui, ils *géraient en tabarnouche* et ils *étaient partout*, dans la mesure où on arrivait à bien les *outiller* afin qu'ils puissent prendre les décisions qui les concernaient. De plus, selon un autre gestionnaire, les deux intervenants locaux avaient développé une collaboration qui allait *très bien*, et qui se manifestait notamment par des rencontres régulières, parfois avec des professionnels de la DSPE, et par la réalisation conjointe de certaines interventions, comme des conférences.

De son point de vue, un intervenant considérait qu'au moment de la collecte des données, les intervenants locaux étaient *plus impliqués* qu'au moment de leur engagement, et que les professionnels de la DSPE pouvaient maintenant *travailler plus étroitement avec eux*. À son avis, cette situation améliorée allait permettre à ces acteurs d'*aller un petit peu rondement*.

Un gestionnaire a fait état d'un autre niveau de collaboration. À son avis, la mise en œuvre de la nouvelle approche, dans le contexte particulier où ça s'était fait, avait favorisé et permis le travail avec de nouveaux partenaires.

Pour un autre gestionnaire, au sein d'un CSSS, le dossier des saines habitudes de vie était devenu le plus important, c'est-à-dire celui dont on *parlait le plus* dans le domaine de la santé publique, même si c'était celui auquel on accordait *le moins de ressources*. Pour un autre gestionnaire, l'importance des saines habitudes de vie pouvait être associée avec une *problématique très présente* dans l'actualité, celle de l'obésité.

En ce qui concerne les façons de faire, un gestionnaire a souligné que la mise en œuvre de l'approche IGC avait permis d'en développer de nouvelles. Un intervenant a, quant à lui, insisté sur l'intérêt de l'une d'elles en particulier, qu'il jugeait très prometteuse. Il s'agissait du recours à un intermédiaire connaissant plusieurs milieux pour faciliter l'introduction dans ces milieux. À titre d'exemple, il mentionnait le cas d'un consultant en ressources humaines dans les entreprises. Également, d'après un gestionnaire, l'expérimentation de la nouvelle approche avait constitué une occasion de confronter la théorie avec *tous les morceaux du puzzle* et notamment les façons de faire.

Enfin, des informateurs ont abordé certains aspects positifs des nouvelles pratiques, en lien avec les milieux visés par les interventions. D'abord, un intervenant a affirmé que, grâce à cette nouvelle approche et aux

conditions de sa mise en œuvre, il avait été possible d'*entrer dans de nouveaux milieux* auparavant non touchés par les interventions portant sur le tabac. Il était question notamment d'entreprises, de municipalités et d'organismes communautaires. L'expérience avait été jugée *très intéressante*. De son côté, un gestionnaire a considéré que les pratiques liées à la nouvelle approche avaient comme avantage d'ajouter une certaine *cohérence*. Ainsi, il était possible de *faire du pouce en parlant d'une habitude de vie*, de manière à en aborder une autre, et de le faire *plus souvent*.

Lors du groupe de discussion, un intervenant a souligné la *flexibilité* que permettait l'approche IGC, élément *qu'il n'y avait peut-être pas quand on arrivait avec seulement un programme ou un type d'activité*. Selon lui, l'approche globale et concertée permettait à la fois *d'arriver avec plus d'outils* et de s'adresser à *plus de monde*.

TABLEAU 21

Les forces des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs ¹		
Thèmes abordés	Forces identifiées	Types d'informateurs ²
Collaboration entre professionnels à la DSPE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance réciproque améliorée des dossiers de chacun des professionnels ▪ Contenu supplémentaire à ajouter aux interventions ▪ Collaboration effective plus marquée pour activité physique et alimentation ▪ Intégration du professionnel responsable de la santé dentaire ▪ Rôle important du chef d'équipe à la DSPE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Modification du rôle des professionnels de la DSPE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus d'émulation pour ces professionnels ▪ Facilitant pour ces professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Embauche d'intervenants locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accomplissement d'un immense travail ▪ Compétences et efficacité des personnes embauchées ▪ Bonne collaboration entre ces intervenants ▪ Meilleure implication et travail plus étroit avec les professionnels de la DSPE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1)
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de nouveaux partenariats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1)
Importance des saines habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier dont on entend le plus parler dans un CSSS ▪ Liens avec l'obésité, question d'actualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Façons de faire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Façons de faire nouvelles développées (dont recours à un intermédiaire) ▪ Confrontation à la pratique d'une approche théorique ▪ Flexibilité des outils et face aux clientèles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire et intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (2)
Milieux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail dans de nouveaux milieux ▪ Cohérence accrue pour les milieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

4.3.2.3 Les faiblesses, difficultés, inconvénients des pratiques « d'après »

Les informateurs ont également attribué des faiblesses, difficultés ou inconvénients aux pratiques mises en œuvre « après » l'adoption plus officielle, dans Lanaudière, de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie²⁰. Dans certains cas, il s'agissait davantage de craintes

²⁰ Voir note 13, p. 77.

exprimées par certains d'entre eux, notamment à l'égard de conséquences appréhendées. Certains proposaient également des éléments de solutions aux problèmes identifiés. De plus, on notera que certains éléments rapportés dans cette section avaient déjà été mentionnés dans le cadre de la description des pratiques, mais sans que soient nécessairement approfondis les jugements à leur égard portés par les informateurs.

Les différents informateurs ont surtout parlé, et assez longuement, de deux aspects centraux qui leur sont apparus problématiques lors de la mise en œuvre de la nouvelle approche. D'une part, ils ont accordé beaucoup d'intérêt aux offres de service, notamment pour tenter d'exposer les raisons expliquant les résultats moins favorables, en ce qui concerne la réceptivité des milieux visés, obtenus après l'expérimentation de la formule regroupée. D'autre part, ils ont aussi exprimé en grand nombre leur opinion à propos de certaines difficultés dans l'articulation et la collaboration concernant l'intervention, entre des professionnels de la DSPE et des CSSS.

Pour ce qui est **des offres de service**, un gestionnaire a suggéré quelques éléments d'explication possible aux réponses mitigées obtenues à la suite de leur envoi regroupé. À son avis, il fallait sans doute considérer l'influence combinée de plusieurs facteurs, dont le fait que les offres de service aient été *intégrées*, le moment où l'envoi avait été fait, le retrait des incitatifs financiers²¹, l'envoi *à une multitude de personnes mais à personne en particulier pour s'en occuper*, ainsi que *le fait qu'il n'y ait pas eu un lien si formel avec les CSSS pour l'envoi*. L'informateur a souligné tout de même le caractère *innovateur* de l'expérience d'offre de service regroupée, et jugé qu'il s'agissait d'une occasion d'apprentissage. Il a, par ailleurs, précisé qu'au sein de l'équipe des saines habitudes de vie de la DSPE, des personnes pouvaient avoir des opinions plus tranchées, en attribuant les résultats obtenus de façon plus convaincue à l'un ou l'autre de ces facteurs.

Pour leur part, en effet, les intervenants ont généralement adopté une position plus affirmée quand ils ont présenté leurs explications, souvent critiques, des raisons ayant entraîné la moins bonne réponse des milieux à la suite de l'envoi de l'offre de service regroupée. Pour l'un d'eux, l'explication de base était simplement le fait qu'on retrouvait *tout et donc trop de choix* dans une seule offre de service qui ressemblait finalement à *une grosse pizza*²² et dans laquelle *les gens se perdaient*. Une autre explication générale fournie par un intervenant était qu'on aurait tenté, avec

²¹ Selon un membre du comité d'évaluation, les incitatifs financiers ont été maintenus pour les milieux municipal et de travail. À son avis, l'informateur semblait manifester une confusion par rapport à ce qui avait été fait en milieu scolaire.

²² Selon un membre du comité d'évaluation, cette situation pouvait avoir été vécue en milieu scolaire. Selon lui, par contre, il n'y a jamais eu d'offre regroupée en milieu municipal. Et pour ce qui est des milieux de travail, avant la mise en œuvre de l'approche IGC, on ne leur a offert qu'un seul choix d'activités, et seulement quatre après la mise en œuvre de l'approche.

l'offre de service regroupée, d'y *transvaser carrément un concept*, c'est-à-dire l'approche IGC. De plus, comme cette approche voudrait *tout faire en même temps*, il serait en quelque sorte inévitable qu'elle devienne *difficile à articuler, exemple, dans le cadre d'offres de service*.

Un troisième intervenant a fourni une explication plutôt générale, questionnant l'articulation entre l'approche et sa mise en pratique dans l'offre de service. De son point de vue, l'offre de service regroupée avait été *globale, mais pas concertée*, parce qu'elle présentait encore *les programmes en silos* et qu'il n'y avait pas *un programme là-dedans qui intégrait tout ça*, c'est-à-dire chacun des programmes associés à une habitude de vie particulière. Au contraire, pour un quatrième intervenant, l'offre *globale*, organisée de manière à ce que *tout le monde soit sur le même papier*, aurait eu pour effet de *projeter une image comme quoi tous les facteurs, tous les déterminants, toutes les habitudes de vie sont aussi importants pour avoir une vie saine*. Par contre, ce serait davantage dans la réalité des interventions que les difficultés apparaîtraient, car celles-ci ne seraient *pas facilement intégrées*, parce que *c'est pas si facile*.

Parmi les explications plus spécifiques retenues par les autres intervenants, on retrouvait toutes celles qui avaient été énumérées par le gestionnaire déjà cité. Le plus souvent, un seul informateur optait pour une de ces raisons. Ainsi, un intervenant a jugé que ça avait eu *peu ou pas d'impact* d'envoyer l'offre de service *si large*. De même, un seul informateur a déploré le retrait des incitatifs financiers²³. Pour un gestionnaire, le moment de l'envoi avait été problématique, car il aurait été fait *aux ressources humaines dans le pire moment, alors qu'ils reçoivent environ un pouce de documents chaque jour*. Enfin, un intervenant a questionné la décision de ne pas faire parvenir l'offre de service aux personnes précises qui avaient été ciblées les années précédentes, parce que *ça faisait trop de papier*.

D'autres explications à la réponse mitigée des milieux ciblés à l'offre de service regroupée ont aussi été apportées par les informateurs. Parmi eux, un gestionnaire a fait état d'une certaine confusion de ces milieux à l'égard de qui était l'expéditeur de ces offres de service. Selon lui, l'offre conjointe par la DSPE et les CSSS aurait *créé énormément de confusion*, parce que *les gens se demandaient ça vient de qui, ça vient d'où?*

Pour un intervenant, les offres de service elles-mêmes auraient créé de la confusion, car les personnes des milieux visés *ne savaient pas de quoi on parlait quand on les rappelait*. Certains d'entre eux, n'ayant pas reconnu le lien avec la DSPE, auraient même cru qu'il s'agissait d'*une affaire pour les attraper*. Selon un autre intervenant, on pouvait blâmer à ce sujet le fait

²³ Voir note 19, p. 117.

que, dans les milieux ciblés, les personnes n'aient pas pu reconnaître le *visuel*²⁴ attaché au marketing social développé au cours des années antérieures. L'informateur soulignait également que le marketing développé associait étroitement l'offre de service à une *même date* d'envoi année après année, et à un *rappel téléphonique* suivant cet envoi.

Abordant également un aspect du marketing des services offerts aux milieux visés, un intervenant a suggéré un autre élément d'explication. Selon lui, on ne pouvait pas, dans une même offre de service, *vendre l'activité physique et vendre la saine alimentation*, parce que *c'est tellement* différent. Pour cet informateur, aussi, le fait de proposer dans une même offre de service les activités associées à plus d'une habitude de vie aurait conduit à diluer l'information concernant chacune de ces habitudes de vie, obligeant les professionnels responsables à *s'en tenir juste à l'essentiel*. Par ailleurs, l'informateur questionnait aussi le *leadership* au sujet des offres de service. Il déplorait que, pour la deuxième année, la décision d'en confier l'envoi aux CSSS ait été prise *sur le coin d'une table*, et qu'on lui ait seulement demandé de *faire un bout dans ces outils-là*. Enfin, en lien avec l'envoi des offres de service, effectué auparavant de façon indépendante par les professionnels responsables de chacune des habitudes de vie, cet intervenant était d'avis qu'il n'y avait pas eu de *sursollicitation des milieux*. Selon lui, il s'agissait d'un *faux problème*, car les milieux ne se sentiraient pas dérangés, *quand t'as un bon produit et que tu t'expliques comme il faut*.

Toujours à propos des offres de service, un intervenant a soulevé ce qui semblait lui apparaître comme une erreur stratégique opérée la deuxième année, en rapport avec les activités concernant la nutrition. Ainsi, la *solution* expérimentée pour tenter de développer autre chose que des activités ponctuelles en nutrition n'aurait pas été concluante. Celle-ci, rappelons-le, consistait à ne plus offrir d'activités de type conférences en nutrition dans les offres de service, parce que celles-ci *n'ont pas de suites*, même si elles intéressent les milieux. Les acteurs s'étaient attendus à ce que les demandes d'intervention en nutrition puissent être formulées à l'intervenant local spécialisé en activité physique, lorsqu'il répondrait à des demandes des milieux concernant son domaine. Selon l'informateur, ça n'avait pas été le cas. Il l'expliquait ainsi : *Peut-être que ça n'a pas marché, justement, parce qu'il n'y avait pas l'appât conférence nutrition, parce que la deuxième année, il y a eu beaucoup moins de demandes*²⁵.

²⁴ Selon un membre du comité d'évaluation, l'informateur devait parler du milieu scolaire puisque le visuel avait été maintenu en milieu municipal (pour *Famille au jeu*) et en milieu de travail (pour *Focus*).

²⁵ Un membre du comité d'évaluation mentionnait que les entreprises avaient tendance à manifester plus d'intérêt pour les activités portant sur l'alimentation.

Une situation un peu du même ordre semble s'être produite à l'égard des activités portant sur le tabac. Selon un intervenant, celles-ci auraient été incluses dans l'offre de service de la première année, mais aucune demande des milieux visés n'en aurait résulté. Il aurait donc été décidé d'exclure ces activités de l'offre de service de la deuxième année. Il semble que cette décision ait suscité de la déception, parce qu'elle enlevait *cette option-là* à des entreprises qui, éventuellement, *auraient voulu l'avoir*.

Un peu comme une conclusion à propos des résultats mitigés associés à l'offre de service regroupée, un intervenant a affirmé qu'à cet égard, sa première réaction pourrait être de vouloir *absolument arrêter* cette façon de faire. Puis, nuançant ce premier jugement, il ajoutait que, d'un autre côté, *c'était peut-être même pas la façon*, et que *les circonstances pourraient expliquer* les moins bons résultats.

Au moment du groupe de discussion, un intervenant a souligné qu'à son avis, ce qui *causait problème*, c'était surtout *l'articulation des offres de service*, ainsi que leur *réception quand on les envoie dans un milieu*. Pour sa part, un autre participant a rappelé que l'offre de service regroupée avait permis d'offrir *plus de choix*, et ainsi de *peut-être répondre mieux* aux milieux, mais qu'elle se soldait par de moins bons résultats. Ainsi, il était possible auparavant, selon lui, *de rentrer partout*, mais par la suite c'était devenu *plus limité*.

Un gestionnaire a mentionné qu'à son avis, il restait encore *des arrimages à faire* puisque, dans l'offre de service, il y aurait encore *beaucoup de programmes clé en main*. Pour un autre, l'offre de service constituerait le *comment* de l'approche globale et concertée, et ce serait *ça qui ne marche pas*, dans lequel il y aurait *des choses à améliorer*.

Par rapport aux **façons de faire en général**, les informateurs ont aussi noté ce qui leur apparaissait comme étant des faiblesses en lien avec la mise en œuvre de l'approche IGC. Dans tous les cas, les difficultés étaient signalées par des intervenants, pour la plupart directement concernés par les questions abordées.

Des informateurs ont questionné la pertinence d'abandonner certaines façons de faire qui avaient plutôt fait leurs preuves par le passé, en donnant de bons résultats. À ce titre, un intervenant n'était pas sûr que ça soit une bonne chose de délaissé le travail dit *en silos* pour lui préférer l'approche IGC. Pour lui, le fait que très peu d'entreprises aient choisi de participer à des activités touchant les trois habitudes de vie identifiées, pendant l'année où les trois types d'activités avaient été offerts, lui donnait *l'impression qu'ils préfèrent les silos*. Du point de vue d'un autre informateur, toutefois,

ce ne serait *pas facile de travailler concerté*. En fait, le problème, observé notamment chez les intervenants associés à l'activité physique, se rapporterait en partie à une difficulté à *mettre de côté ses intérêts, ses objectifs pour être capable de penser à autre chose*. Selon l'informateur, *tout le monde pense que son message est plus important que le message de l'autre*, et cela s'expliquerait par le fait *qu'on a toujours travaillé en silos*.

Pour sa part, un troisième intervenant disait vivre *un dilemme* entre l'approche IGC et le travail en silos. Constatant que, dans la réalité, le travail se faisait encore en silos, il se demandait si *ça valait la peine qu'on intègre tout ça et quand même travailler en silos*. Il ajoutait qu'il serait possible de *gagner* en développant des *activités plus complémentaires*, tout en précisant qu'à son avis, on serait *loin d'être rendus là dans nos interventions*.

Un autre informateur mettait en garde contre une possible tentation de *lâcher les façons de faire* et de *faire n'importe quoi*, dans un contexte d'effervescence particulière, notamment dans le domaine de l'activité physique. À son avis, les acteurs auraient *de la misère à s'ajuster dans tous les sens*. Parmi certaines des façons de faire dont il déplorait l'abandon, l'informateur mentionnait *les incitatifs financiers* offerts aux milieux visés²⁶.

Des informateurs ont souligné que les réticences les plus importantes à l'égard des nouvelles façons de faire développées, dans l'esprit de l'approche IGC, s'étaient manifestées chez des professionnels au sein de la DSPE. L'un d'eux affirmait que ces derniers avaient été *pas réticents, peut-être un petit peu sur la défensive, sur leurs gardes*. Selon lui, même s'ils s'efforceraient de *faire leur possible pour que ça fonctionne*, ils conserveraient *une petite réserve* puisque, auparavant, ils avaient *toujours travaillé tout seuls*. De même, un autre informateur attribuait les réticences observées notamment chez les professionnels de l'activité physique au fait qu'ils étaient *en train de perdre ce lien privilégié-là qu'ils avaient avec leurs milieux*, ce qu'ils pouvaient trouver *plus difficile*.

Un informateur a rapporté comme étant un *inconvenient* la nécessité que les acteurs lanaudois *développent leurs propres outils*, étant donné que, dans la région, ils n'avaient pas choisi *d'appliquer telle que telle* l'approche associée au 0-5-30.

Enfin, un dernier intervenant a mentionné certaines difficultés vécues par l'intervenant local spécialisé en nutrition, en ce qui concerne les services

²⁶ Voir note 19, p. 117.

qu'il pouvait offrir aux municipalités. Selon l'informateur, en effet, l'intervenant avait été confronté au fait qu'il *n'y avait rien de développé* à ce niveau, et qu'il *ne savait pas trop non plus comment se diriger là-dedans*.

Au moment du groupe de discussion, un intervenant a soulevé une question concernant la possibilité d'articuler deux choses différentes soit, d'une part, *la mobilisation des milieux* et, d'autre part, les efforts pour *influencer ces milieux*. Sa compréhension des différences entre ces deux choses était la suivante. D'abord, la mobilisation des milieux consistait à s'introduire dans un milieu et à y valider ses besoins avant de *répondre à ces besoins-là* et *les mobiliser*. Par ailleurs, le fait d'*influencer les milieux* concernerait plutôt *l'articulation côté services*, basée sur des *stratégies efficaces*. Selon cet informateur, les acteurs ne s'entendaient pas sur *l'articulation de tout ça*.

Pour sa part, un autre intervenant a insisté sur l'importance de s'en tenir à des interventions déjà reconnues comme étant *efficaces*, par exemple en activité physique, de manière à obtenir des résultats satisfaisants malgré l'adoption de l'approche IGC.

Pour sa part, un autre intervenant considérait qu'il subsistait *de grandes inégalités* parmi les acteurs concernés par la promotion des saines habitudes de vie, même si tous partageaient désormais *un modèle, une vision*. De son point de vue, ce serait *dans l'application* que les intervenants, notamment, ne seraient pas *toujours égaux*, et que ce ne serait *pas toujours facile*, si bien que l'approche devenait, dans la pratique, *à plusieurs vitesses*. Ainsi, il y aurait, selon lui, *des choses qui sont plus avancées que d'autres, et des sujets qui sont plus avancés que d'autres*. En conséquence, les intervenants pouvaient en venir à *privilégier un créneau plutôt qu'un autre*.

Un gestionnaire a présenté sa *vision des choses, dans un monde idéal* à propos d'une façon possible d'organiser le travail d'intervention en promotion des saines habitudes de vie. À son avis, les intervenants pourraient avoir deux chapeaux, soit un chapeau de généraliste qui représente un petit peu une offre de service vraiment globale, et un chapeau d'expert. D'après lui, il s'agirait d'une idée qui aurait *cheminé beaucoup depuis les rencontres sur l'offre de service aux municipalités*. En fait, l'idée aurait surtout *avancé dans les réflexions* des acteurs, mais au moment du groupe de discussion, elle n'aurait *pas débloqué sur quelque chose sur le terrain*.

Pour un intervenant, il fallait continuer à développer *un continuum de services* et, pour ce faire, il fallait que les intervenants locaux *travaillent en*

étroite collaboration et que les autres acteurs les écoutent beaucoup et qu'ils voient comment ça se passe.

En ce qui concerne *l'articulation et la collaboration entre les intervenants de la DSPE et des deux CSSS*, les difficultés relevées à ce sujet semblent associées en grande partie au fait que certains porteurs de dossiers de saines habitudes de vie à la DSPE ont dû changer de rôle et modifier leur travail, avec la mise en place des CSSS et l'engagement des deux intervenants locaux. Cette question sensible rejoignait notamment le thème de la reconnaissance et du partage de l'expertise propre aux intervenants des deux niveaux.

Du point de vue d'un gestionnaire, des professionnels de la DSPE pouvaient avoir vécu cette situation comme un certain *vol de leur place*, et ce par *quelqu'un qui avait moins d'expérience* qu'eux et à qui il fallait en plus *tout montrer*. L'informateur a souligné qu'auparavant, cette expertise sur laquelle ils étaient *bien assis* constituait *une force* pour les professionnels concernés. Pour l'informateur, ceux-ci auraient eu à vivre une *confusion dans les rôles*, ne sachant plus qui devenait désormais l'expert, puisque l'expertise antérieure avait été associée aussi à un contact direct avec le *terrain* ou *la communauté*.

De l'avis d'un autre gestionnaire, dans les premiers temps de la mise en œuvre plus officielle de l'approche IGC et de l'entrée en poste des deux intervenants locaux, les professionnels de la DSPE ne se seraient pas contentés de donner des conseils à ces derniers. Ils auraient même *fait pour eux* certaines tâches, par exemple en ce qui concerne des activités de communication. Selon l'informateur, il pouvait arriver que les relations soient difficiles entre les uns et les autres.

Pour un troisième gestionnaire, il fallait même outiller les intervenants locaux afin qu'ils puissent faire valoir leur propre expertise et assumer éventuellement des positions contraires lors de leurs échanges avec les professionnels de la DSPE. De l'avis de cet informateur, lors de leur première année de travail, les intervenants locaux n'avaient pas pu préserver, par rapport à ceux de la DSPE, *le petit espace qui appartient à chacun*. Ils avaient parfois évité d'exprimer leur point de vue. Selon lui, les professionnels de la DSPE avaient pour mandat de fournir des programmes aux intervenants locaux et de les supporter par rapport à ces programmes. Par contre, c'était *la job du professionnel local d'ajuster* ces programmes *dans le milieu*.

Cet informateur a souligné également que tous les intervenants concernés, qu'ils soient rattachés à la DSPE ou à un CSSS, étaient *pleins de connaissances, pleins d'habiletés*. Il a ajouté que ceux des CSSS étaient *capables de décider* en tant que *professionnels autonomes*, et qu'ils n'étaient pas *les exécutants puis les écoutants de la santé publique*. Selon

lui, les tensions et divergences se manifestaient notamment quand il fallait prendre des décisions ayant des implications financières. Le gestionnaire précisait sa compréhension de la distribution des rôles et responsabilités entre les deux niveaux d'intervention. Il a ajouté qu'à certaines occasions, les problèmes soulevés dans les échanges entre intervenants et impliquant des questions financières²⁷ devaient être ramenés aux supérieurs hiérarchiques et réglés entre gestionnaires.

Selon un intervenant, les professionnels de la santé publique auraient été conscients que les intervenants locaux les trouvaient *contrôlants*. À ce sujet, il expliquait que cette situation nécessitant le développement d'une collaboration entre les deux niveaux d'organisation était quelque chose de *nouveau*, et qu'elle nécessitait en conséquence une *adaptation* autant des uns que des autres. L'informateur ajoutait que, pour les intervenants de la DSPE, cette adaptation demandait *beaucoup d'efforts*, dans un contexte où *leur rôle n'était pas encore bien défini* et qu'il *restait beaucoup de choses à travailler*. Plus précisément, l'informateur considérait que tous les intervenants concernés devaient devenir *de bons collaborateurs* en travaillant ensemble *autant sur le programme que sur l'implantation que sur le cadre*, et ce, en tenant compte *des orientations du ministère, des cadres, des redditions de compte*. L'informateur mentionnait notamment que le rôle des conseillers de Kino-Québec dans les directions régionales de santé publique était aussi un thème de discussion dans leurs rencontres au niveau provincial.

Du point de vue d'un gestionnaire, il demeurait difficile, pour des professionnels de la DSPE, d'accepter d'avoir *moins de contrôle sur ce qui se passe* et de reconnaître qu'une *personne généraliste* devenait responsable des habitudes de vie au sein de leur organisation, qu'elle irait aux réunions et prendrait des décisions. C'était vécu difficilement surtout parce que, auparavant, c'était les porteurs de contenu qui pouvaient *vendre et promouvoir eux-mêmes leurs affaires*. On leur demandait maintenant de s'en remettre à une personne qui était mandatée pour *défendre l'ensemble des dossiers*.

Un intervenant expliquait comment, pour les professionnels de la DSPE, cette période d'ajustement des rôles et de reconnaissance des expertises respectives des différents intervenants pouvait être vécue comme une certaine *perte de temps* et générer des frustrations. Ainsi, selon lui, les nouveaux intervenants locaux pouvaient avoir tendance à faire *un détour pour voir si ça serait meilleur ailleurs* avant de revenir à la *vieille expertise*. À son avis, il fallait *arrêter de réinventer la roue*, d'autant plus

²⁷ Un membre du comité d'évaluation a précisé que les questions financières étaient désormais du ressort des CSSS, puisque c'était ces établissements qui géraient les budgets concernant la promotion des saines habitudes de vie.

que ces intervenants étaient à l'emploi d'établissements associés aux CLSC, des établissements qui, selon lui, n'en auraient *pas fait tant que ça en promotion de la santé*. L'informateur faisait alors référence à la période précédant la création des CSSS et l'adoption plus officielle de l'approche IGC. Un autre intervenant, relatant sensiblement la même situation, considérait qu'il s'agissait d'une *étape qui était nécessaire*.

En ce qui concerne plus précisément le dossier de l'activité physique, un informateur a affirmé qu'à son avis, les professionnels de la DSPE ne pourraient pas *faire du terrain ad vitam eternam*, parce que l'ampleur du travail deviendrait trop importante, avec *vingt-six municipalités dans un programme, puis trois dans l'autre*. Par ailleurs, le même informateur a exposé son point de vue concernant les rôles et responsabilités respectives du professionnel de la DSPE et des intervenants locaux. Selon lui, c'était pertinent que ces derniers aient pu bénéficier, à leur arrivée en poste, d'une *expertise un peu éprouvée*, et qu'on ait au préalable *défini pourquoi on les engage*. De plus, l'informateur déplorait qu'avec la venue de ces nouveaux acteurs en CSSS, les professionnels de la DSPE n'étaient *pas décisionnels*, pas plus d'ailleurs que leur organisation. Ainsi, selon lui, *de la façon dont ça avait été négocié au début avec les CSSS*, il n'était *pas clair* que les intervenants locaux avaient le mandat d'*appliquer* ce qui leur était proposé par la DSPE. En conséquence, les professionnels de la DSPE auraient *de la misère à harmoniser des fois les façons de faire pis à continuer à jouer leur rôle de recherche et développement*. Le problème de fond identifié en serait un *de reconnaissance d'expertise*.

Par ailleurs, un gestionnaire a mentionné la situation particulière de l'intervenant local spécialiste en nutrition. Sa réalité spécifique par rapport au professionnel de la DSPE responsable de ce dossier a été présentée davantage comme un manque de soutien que comme un excès de présence, voire de directivité. Ainsi, selon l'informateur, cet intervenant local ne se sentait pas suffisamment ferré en matière de planification et de contenu. Il n'était pas nécessairement au courant des dernières trouvailles scientifiques, et il aurait apprécié qu'on lui fournisse un peu plus d'outils et de support à ce niveau.

D'autres éléments d'explication des difficultés vécues entre les deux niveaux d'intervention ont été apportés par des informateurs. Pour l'un d'eux, les intervenants locaux s'étaient retrouvés *tiraillés entre deux patrons*, dans un contexte où leur employeur officiel était le CSSS, mais qu'ils étaient ou devaient être *soutenus dans la planification* et *alimentés* par les professionnels de la DSPE qui devaient *leur donner plus d'outils*.

Pour leur part, un gestionnaire et un intervenant ont jugé que les difficultés d'adaptation et d'ajustement en vue de créer une bonne collaboration entre les intervenants de la DSPE et ceux des CSSS découlaient parfois de relations interpersonnelles difficiles.

Dans un effort pour identifier des éléments de solution aux difficultés d'adaptation vécues, un gestionnaire a considéré que les professionnels de la DSPE gagneraient à *encore plus attacher global leurs dossiers*, et ce, sans s'en remettre toujours à leur chef d'équipe.

Pour sa part, un autre gestionnaire a expliqué qu'à son avis, les différents intervenants devaient évoluer vers une combinaison de leurs différentes expertises.

Au-delà du vécu des différents intervenants, des faiblesses ont aussi été identifiées par les informateurs à propos de ***l'articulation et de la collaboration entre les organisations*** elles-mêmes que sont la DSPE et les CSSS. Ainsi, en effet, selon un gestionnaire, en confiant aux CSSS la responsabilité de la planification, de la programmation et de la réalisation des interventions, la loi sur la gouverne aurait obligé la DSPE à adopter *une autre façon de voir*. L'organisation et ses différents professionnels devaient donc adopter un nouveau mandat axé sur le *support à des personnes* qui n'étaient pas là auparavant.

Des informateurs ont considéré que l'adoption plus officielle de l'approche IGC en même temps que l'implantation des nouveaux CSSS n'avait pas constitué un contexte facilitant. Ainsi, un intervenant déplorait que *des offres* aient été faites par la DSPE aux CSSS, mais que ces dernières *n'avaient pas travaillé dessus* parce que, *justement, ils étaient en train de travailler dans leur réorganisation*. En conséquence, ces offres auraient été *tablettées*. L'informateur affirmait être convaincu que *ça aurait été plus facile, s'il n'y avait pas eu la réorganisation du réseau, de déployer l'intervention*. Pour sa part, un gestionnaire a mentionné que le contexte de changement avait été marqué aussi, et en même temps, par la *loi 30* concernant la fusion des syndicats, laquelle s'était traduite par le fait qu'il n'y avait *plus rien de stable* à propos des personnes occupant les différents postes.

Selon le même gestionnaire, afin de faciliter la reconnaissance et le respect des responsabilités dévolues à chacune des trois organisations (la DSPE et les deux CSSS), il fallait mettre en place certains moyens précis, qu'il a appelés *les bons couloirs*. À son avis, il fallait notamment bien définir les façons de procéder entre les gestionnaires concernés, afin que l'un ne glisse pas vers un empiétement sur les responsabilités de l'autre à l'égard

des employés qu'il doit encadrer, dans le vif d'une situation particulière à régler. Il semble qu'en période d'ajustement, les gestionnaires aient procédé en quelque sorte en s'organisant à l'amiable, en se disant *ok, toi tu fais jusque là*. En outre, il avait été nécessaire de *clarifier* les choses entre eux, pour apaiser certaines *frustrations* résultant de perceptions quant aux rôles respectifs de la DSPE et des CSSS. Ainsi, il serait arrivé que les gens de la DSPE *pensent que les CSSS devraient faire ça*, alors qu'un CSSS considérerait que *la DSPE pourrait faire ça, devrait faire ça*.

Parmi les moyens possibles en vue de mieux coordonner les responsabilités de la DSPE et celles des CSSS, l'informateur a attribué une importance particulière à des rencontres de bilan et de planification auxquelles devraient prendre part tous les intervenants et gestionnaires concernés par la promotion des saines habitudes de vie. Selon lui, la présence des gestionnaires était indiquée même s'il était question de l'intervention terrain organisée entre les deux paliers d'intervenants. De plus, selon cet informateur, il faudrait formaliser ces rencontres de bilan et de planification, et en prévoir au moins une au début de l'année, pour *lancer l'année*, et une à la fin de l'année afin de *faire une évaluation*.

Pour cet informateur, finalement, il était clair que les acteurs de la DSPE et des CSSS concernés par la promotion des saines habitudes de vie ne constituaient pas une seule équipe en ce domaine, mais bien des équipes distinctes qui devaient évoluer vers une meilleure articulation et une meilleure collaboration. Ainsi, selon lui, ces équipes devaient *travailler de concert, de très près, de proximité*.

Par ailleurs, une dernière faiblesse en lien avec une question d'articulation entre organisations a été soulevée par un intervenant. Toutefois, celle-ci ne touchait pas directement les rapports entre la DSPE et les CSSS. Elle concernait plutôt l'absence de soutien ou d'encadrement, pour certains professionnels de la DSPE, par un réseau provincial. Plus spécifiquement, d'après l'informateur, en comparaison avec la situation des professionnels responsables des dossiers *tabac et activité physique*, ceux qui s'occupaient de nutrition ne pouvaient compter sur *des programmes nationaux, du matériel, du budget*, ainsi que sur *des activités planifiées qui descendaient sur le terrain et du soutien qui était donné au terrain avec ce matériel-là*. D'une certaine façon, cette situation pouvait désavantager le professionnel appelé à soutenir les intervenants locaux.

Des informateurs ont également identifié quelques faiblesses ou difficultés au niveau de ***l'articulation et de la collaboration entre les acteurs au sein des organisations***. Tout d'abord, en ce qui concerne la situation vécue à l'interne, à la DSPE, des intervenants ont mentionné qu'il n'allait pas nécessairement de soi de *marier* toutes les *thématiques*, c'est-à-dire

les quatre habitudes de vie concernées. Ainsi, ce serait plus facile pour certaines que pour d'autres, par exemple pour *activité physique et nutrition*, qui pourraient être associés notamment *dans la prévention du diabète ou de l'obésité*. Par contre, il serait plus difficile de relier la santé dentaire avec les autres habitudes de vie, notamment dans *le concret et les réalisations*. Dans le même sens, compte tenu de ces difficultés d'arrimage dans l'action déjà vécues par rapport à la santé dentaire, il apparaissait peu urgent d'ajouter aussi le volet alcoolisme et toxicomanie.

D'après un intervenant, aussi, certaines difficultés d'arrimage entre les dossiers d'habitudes de vie pouvaient être expliquées par le fait que *les différents collègues* ne seraient pas *rendus au même niveau* par rapport à l'approche préconisée. De son point de vue, ce niveau d'avancement semblait être lié au nombre de programmes développés en fonction de chacune des habitudes de vie. Il affirmait ainsi :

On parle d'une approche intégrée, de travailler d'une certaine façon, mais même par rapport à nous, entre différents collègues, on n'est pas rendus au même niveau. Par exemple, en activité physique, on a beaucoup de programmes développés. En alimentation, il n'y en a pas. En tabac, y'en a un ou deux. Puis là, on veut faire la promotion et on veut que tout se fasse ensemble, mais on n'a pas les mêmes services à offrir et on n'est pas rendus au même niveau. Ça aussi, je pense que ça peut affecter un petit peu notre service global.

Du point de vue d'un autre intervenant, il n'y aurait pas eu suffisamment de rencontres entre les professionnels responsables de dossiers d'habitudes de vie à la DSPE, ce qui aurait retardé le développement de la collaboration dans le cadre de l'approche préconisée. À son avis, ces réunions devraient être *plus régulières* et inclure la participation des intervenants locaux, même si l'ajout de réunions pouvait paraître *lourd* dans le calendrier de tout ce monde. L'informateur a d'ailleurs fait état d'un manque de temps des professionnels de la DSPE qui pouvait avoir conduit à *se fier beaucoup* au chef d'équipe en matière d'approche IGC de prévention des saines habitudes de vie.

De son côté, un gestionnaire a insisté sur un aspect particulier de ce qui constituait, à son avis, le rôle du chef d'équipe. De son point de vue, il aurait *de l'éducation à faire*, notamment auprès de certains professionnels ayant tendance à *protéger leurs acquis*. En outre, le même informateur questionnait la place et l'influence que pouvait exercer l'organisme Kino Québec à l'intérieur même du réseau de la santé publique. Selon lui, il y avait une différence perceptible *de l'extérieur* de ce réseau, entre l'attitude

adoptée par rapport au *terrain* par les professionnels de la santé publique rattachés à Kino-Québec et par les autres professionnels de la santé publique.

Par opposition, un intervenant a fait état de la situation vécue par les conseillers de Kino Québec au sein d'une direction de santé publique, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. De son point de vue, c'était *leur rôle qui était le plus affecté*. Il expliquait qu'avant les récents changements et l'engagement des intervenants locaux, ces professionnels s'étaient habitués à *tout faire*, et ils avaient *travaillé peu avec le réseau de la santé*.

Quelques difficultés ont également été mentionnées à propos de l'articulation entre les acteurs au sein des CSSS. En premier lieu, un intervenant a associé certaines difficultés au fait que l'adoption officielle de l'approche IGC ait coïncidé avec l'implantation des CSSS. À son avis, *ça aurait pu être plus coulant* si les acteurs concernés avaient été déjà en place depuis un certain temps, et s'il n'y avait pas eu tant de *changements de chaises* par la suite.

Dans le même sens, un autre informateur a jugé que ce contexte de réorganisation a pu constituer une situation difficile pour un nouvel intervenant *parachuté* à ce moment dans son nouveau mandat. Selon lui, un intervenant local s'était retrouvé dans un milieu de travail où les autres employés autour *ne savaient même pas ce qu'il faisait et ne savaient même pas qui il était*. De plus, l'organigramme aurait fait en sorte que cet intervenant local était encadré par un chef de programme qui n'était *même pas lié à la Direction de santé publique du CSSS*, mais plutôt à ses *Services généraux*. D'après l'informateur, il y avait là *une incohérence*. Et ce, sans compter que, selon l'informateur, le supérieur hiérarchique de l'intervenant local aurait *changé trois fois en deux ans*.

Le même informateur a ajouté, à son exposé des difficultés d'un intervenant local au sein d'un CSSS, que ce dernier avait dû déployer des efforts particuliers pour se trouver des *alliés* au sein de l'organisation où, au départ, il se sentait plutôt isolé. Il aurait recherché ces alliés, notamment, auprès de personnes rattachées au centre d'abandon du tabac, puis au service de santé de l'organisation. Alors qu'il *essayait de voir où il pouvait faire des liens, avec qui*, il aurait eu finalement *vraiment l'impression que ça débloque jamais*. Selon l'informateur, le dossier de la promotion des saines habitudes de vie ne semblait pas *être une priorité au sein de ce CSSS* parce que, de son point de vue, *veut, veut pas, la mission de base, c'est le curatif là*.

Au moment du groupe de discussion, un gestionnaire a jugé qu'il était pertinent que l'équipe des saines habitudes de vie de la DSPE échange régulièrement sur l'approche et les moyens de la mettre en œuvre. Toutefois, à son avis, il n'était pas nécessaire d'organiser des rencontres spécifiques à ce sujet, et il suffirait *d'en glisser un mot* dans les occasions de rencontres déjà prévues.

TABLEAU 23

Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs ¹ : l'articulation et la collaboration		
Thèmes abordés	Faiblesses identifiées	Types d'informateurs ²
Articulation et collaboration entre les intervenants (DSPE et CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vol de leur place vécu par des professionnels DSPE ▪ Confusion dans les rôles et responsabilités ▪ Reconnaissance de l'expertise des intervenants locaux ▪ Nécessité d'outiller les intervenants pour leurs relations avec les professionnels DSPE ▪ Interventions nécessaires des gestionnaires concernant des questions financières ▪ Tendance à contrôler de professionnels DSPE ▪ Difficiles efforts d'adaptation des professionnels DSPE ▪ Nécessaire période transitoire d'adaptation pour tous ▪ Reconnaissance ou non des anciennes façons de faire ▪ Manque de soutien de l'intervenant local en nutrition ▪ Intervenants locaux <i>entre deux patrons</i> ▪ Relations interpersonnelles difficiles ▪ Convivialité ou chef d'équipe ▪ Évolution vers une combinaison des expertises 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gest. et interv. (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Interv. et gest. (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gest. et interv. (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Articulation et collaboration entre les organisations (DSPE et CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation de la DSPE d'adopter une <i>autre façon de voir</i> ▪ Contexte non facilitant de l'adoption de l'approche en même temps que l'implantation des CSSS ▪ Nécessité de mettre en place les <i>bons couloirs</i> entre les gestionnaires et les intervenants ▪ Importance des rencontres de planification et de bilan ▪ Reconnaissance d'équipes distinctes DSPE/CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1)
Articulation et collaboration entre les organisations (DSPE et provincial)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de soutien provincial en nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Articulation et collaboration des ressources dans les organisations (DSPE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de <i>marier</i> toutes les thématiques ▪ Différences de <i>niveaux</i> entre les collègues de la DSPE par rapport à l'approche IGC ▪ Nécessité de plus de rencontres de l'équipe saines habitudes de vie de la DSPE ▪ Tendance à beaucoup se fier au chef d'équipe ▪ Rôle éducatif du chef d'équipe ▪ Attitude particulière des conseillers Kino par rapport au <i>terrain</i> (habitué à tout faire) ▪ Profiter des rencontres prévues pour échanger 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (1) ▪ Gestionnaire (2)
Articulation et collaboration des ressources dans les organisations (CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement des intervenants locaux dans une période de réorganisation (implantation des CSSS) ▪ Nécessité pour un intervenant local de se trouver lui-même <i>des alliés</i> dans l'organisation ▪ Priorité de la promotion des saines habitudes de vie peu évidente dans un CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Plusieurs informateurs ont aussi abordé la question des **résultats attendus et obtenus**, en lien avec les nouvelles pratiques mises en œuvre. Ils y voyaient des difficultés et des faiblesses associées à ces pratiques, à cette approche. En fait, leurs propos à ce sujet témoignaient peut-être de l'importance accordée à la notion d'efficacité, dans le contexte de leur travail dans le réseau public de la santé et des services sociaux. On peut rappeler que quelques constats de base ont été mentionnés précédemment, dans le cadre de la partie plus descriptive (4.3.2.1), à l'effet que les réponses à l'offre de service regroupée avaient été moins positives que les résultats antérieurs, obtenus à la suite d'offres de service envoyées indépendamment (ou *en silos*) par des professionnels responsables chacun d'une seule habitude de vie.

Certains informateurs ont rappelé que les mêmes résultats étaient attendus, malgré le changement dans les pratiques ayant surtout pris la forme de l'offre de service regroupée. L'un d'eux a mentionné directement les objectifs du PAR et du PAL. Ce dernier a d'ailleurs souligné que les résultats liés à son mandat avaient *toujours importé* à un professionnel de la DSPE. Un autre a souligné qu'à la fin de l'année où l'offre de service avait été regroupée, *la reddition de comptes avait été bordélique*. On peut noter par contre que, pour le professionnel responsable du dossier tabac, l'atteinte de résultats ne semblait pas revêtir le même genre d'importance. Ainsi, un informateur a mentionné que ce professionnel *n'avait aucune idée des retombées de ce qu'il faisait*, notamment lorsqu'il envoyait des lettres et affiches dans certains milieux.

Un intervenant a aussi mentionné qu'avec la nouvelle approche IGC incluant plusieurs intervenants travaillant chacun sur des habitudes de vie distinctes, il pouvait être *plus long d'arriver à des résultats*, étant donné que *tout le monde a ses indicateurs*, et que *c'est plus dur à mesurer*.

Les constats des informateurs à l'égard des moins bons résultats obtenus ont porté notamment sur les programmes offerts en activité physique. À cet égard, un intervenant affirmait : *Avant ça, on scorait, et là, on a scoré moins*. Un autre a déclaré : *On n'a pas eu d'inscriptions là* ²⁸ Un troisième a précisé que les résultats en ce domaine avaient été moins bons même la deuxième année. Selon lui, l'offre de service avait été *renvoyée à toutes les entreprises qui avaient déjà participé aux activités*, mais leur réponse

²⁸ Un membre du comité d'évaluation était d'avis que ces informateurs devaient parler des activités offertes en milieu scolaire.

n'avait pas été satisfaisante. De même, un quatrième informateur a précisé que le programme *Focus santé* avait atteint *moins d'entreprises* et *moins de participants*²⁹.

Un jugement sur l'ampleur des moins bons résultats obtenus a été exprimé par des informateurs. Deux d'entre eux ont employé exactement la même expression, considérant que, pour l'activité physique, les acteurs concernés avaient *perdu un an*. L'un d'eux ajoutait qu'à son avis, *l'adhésion à certains programmes* s'était soldée par un nombre représentant *beaucoup, beaucoup moins qu'avant*³⁰.

Des informateurs ont fait état des sentiments qui avaient pu être ressentis à la suite des moins bons résultats obtenus, en comparaison avec ceux qui étaient atteints par le passé. L'un d'eux a affirmé que, malgré sa *frustration*, il ne se sentait pas pour autant *démoralisé*, étant donné que ça n'avait *jamais été aussi effervescent* pour son dossier d'habitude de vie. Un autre informateur, par contre, après avoir reconnu que les professionnels pouvaient être affectés *quand ils font de quoi qui marche pas*, ajoutait que, dans la situation présente, étant donné les *résultats mitigés* observés en ce domaine, ceux qui étaient responsables de l'activité physique pouvaient être *démoralisés plus que les autres*.

En ce qui concerne les explications à ces résultats jugés *négatifs*, un intervenant a établi des liens avec l'approche elle-même (de type *0-5-30* et *École en santé*), soulignant qu'elle soulevait *de grosses, grosses, grosses, grosses interrogations* dans des congrès, étant donné que *jusqu'à présent, ce n'est pas une révélation au niveau des résultats*. Selon un autre informateur, un intervenant local avait eu tendance à *se remettre en question* lui-même, devant le constat que les résultats avaient été moins bons (*moins d'entreprises*, et *moins de participants*) après son entrée en poste. Il avait donc cherché des explications plus directement liées à des changements précis attachés à ses propres façons de faire, mais l'informateur n'a pas précisé s'il en avait identifiés. Par ailleurs, le même informateur a approfondi cette réflexion. Il se demandait si les pratiques précédentes pour *vendre* un programme en activité physique n'auraient pas été davantage *imposées*, alors que, pour sa part, l'intervenant local serait plus porté à se mettre à *l'écoute* des milieux visés pour *adapter ses*

²⁹ Un membre du comité d'évaluation a fourni quelques données plus précises pour situer en perspective ces affirmations. Selon lui, les résultats pour l'activité physique en milieu municipal (où l'offre de services n'aurait jamais été regroupée) seraient meilleurs depuis l'entrée en jeu des CSSS, notamment pour les programmes Famille au jeu, Plaisirs d'hiver et Campagne de marche. D'autre part, selon lui, en milieu de travail, avant l'arrivée des CSSS, un seul service aurait été offert une seule fois et aurait obtenu la participation de sept entreprises. Par la suite, en réponse à une offre de services regroupée la première année de la collaboration entre la DSPE et les CSSS, cinq entreprises auraient répondu favorablement, puis une seule l'année suivante.

³⁰ Un membre du comité d'évaluation était d'avis que l'informateur parlait sans doute d'activités offertes en milieu scolaire.

affaires en fonction de leurs besoins plutôt que de leur proposer seulement une intervention toute prête, comme *Focus santé*.

Un autre intervenant a soulevé plusieurs éléments d'explication possible qu'il faudrait, à son avis, vérifier également avant de juger que c'était *les envois massifs* qui seraient seuls responsables des moins bons résultats obtenus. Il a mentionné la possibilité d'explorer aussi *les circonstances*, la *réceptivité du milieu lui-même*, le contexte de *la réforme*³¹, ainsi que *le timing*.

D'autres informateurs ont plutôt amené des éléments d'explication plus généraux et nuancés, référant à la nature expérimentale des nouvelles façons de faire. Ainsi, selon un gestionnaire, *les acteurs ne peuvent pas savoir, quand ils essaient de nouvelles choses*, et il est possible alors qu'ils *perdent dans les résultats* et que *la performance semble moins bonne*. Dans le même sens, un intervenant considérait qu'*après deux ans, on est encore à l'étape essais et erreurs*. Il ajoutait que *des fois, vaut mieux faire trois pas de reculons pour ré-avancer plus*. À son avis, il était possible que les acteurs soient *seulement rendus à l'étape de reculons*. En conséquence, il affirmait qu'il aurait *de la misère à qualifier de détérioration* la situation observée. Le même intervenant laissait aussi entendre qu'il fallait peut-être s'interroger aussi sur les résultats attendus et considérer qu'on pouvait atteindre d'autres types de cibles. Ainsi, selon lui, si les actions ne conduisaient pas à atteindre, par exemple, *la cible d'être plus actif* ou celle *de manger plus de fruits et de légumes*, elles pourraient, par contre, atteindre celle *de rentrer en contact avec le milieu*. Ainsi, à son avis, il semblait problématique ou limitant que les intervenants soient contraints à *arriver à des résultats en fonction des objectifs qui ont été fixés*.

Enfin, deux informateurs ont tenu à affirmer qu'il fallait réagir aux moins bons résultats obtenus. Pour l'un d'eux, il ne *fallait pas jouer à ça trop longtemps*; c'est-à-dire ne pas laisser aller les choses. Pour l'autre, il fallait *revoir* les choses, et d'ailleurs les acteurs concernés étaient déjà *en train d'y penser, de revoir comment ils pouvaient faire* afin de contrer cet *impact négatif* observé jusque là avec les nouvelles façons de faire.

Par ailleurs, lors du groupe de discussion, les participants ont échangé longuement leurs réflexions à propos de la façon de mesurer l'atteinte des résultats obtenus à la suite d'interventions pratiquées dans le cadre de l'approche IGC. Dans ce sens, un intervenant s'interrogeait sur la possibilité

³¹ Même commentaire qu'à la note 31 p. 148.

de mesurer *l'état de santé global*, considérant que l'adoption de la nouvelle approche pouvait faire en sorte qu'on ne soit *plus capables de mesurer les indicateurs d'avant*. Il précisait toutefois que *ça veut pas dire qu'on performe pas*. Un autre intervenant jugeait cette idée intéressante, mais soulignait qu'il s'agirait d'un *changement majeur* si le choix était fait de *s'orienter vers ça*, dans un contexte où intervenants et gestionnaires étaient de plus en plus appelés à s'inscrire dans des démarches de reddition de comptes.

Poursuivant la discussion, un troisième intervenant était d'accord avec l'idée de *revoir les indicateurs*. Il expliquait que les indicateurs en usage étaient conçus pour des intervenants travaillant *en silos* et que continuer à utiliser seulement ceux-là était susceptible de *mettre des œillères pour voir la vision globale des choses*. Le participant précisait toutefois que c'était au niveau national qu'étaient prises les décisions en matière d'indicateurs. Il donnait l'exemple de l'activité physique, domaine pour lequel les intervenants avaient *des objectifs assez bien établis*, lesquels étaient assortis d'un *plan d'opérationnalisation*.

Un autre intervenant a affirmé qu'à son avis, même si le choix des indicateurs *venait du ministère*, il demeurait *défendable* d'en proposer d'autres à partir d'une région, pour *les associer à une approche*. Pour sa part, un autre était d'avis que les indicateurs étaient choisis par la région. Selon lui, ce n'était pas vrai que des indicateurs *de performance* étaient *imposés localement*.

Un participant a ajouté qu'on pourrait développer de tels indicateurs d'abord comme des *prototypes*. Selon ce dernier participant, on pourrait inclure dans l'élaboration de ces indicateurs des notions comme *l'efficacité de la concertation régionale*, et penser *en termes d'un processus qui mène à la mobilisation et en termes de dialogue, de liens avec d'autres partenaires qui durent dans le temps*. Toujours à ce même sujet, un participant a mentionné que, pour sa part, il n'avait pas *vu grand-chose dans la littérature, ou de la part des universités*, à propos d'indicateurs qui intégreraient ces dimensions particulières et, à son avis, intéressantes.

Des participants ont aussi débattu du rôle des indicateurs, et de la distinction possible entre ceux qui mesurent la performance et ceux qui mesureraient l'efficacité. Pour un intervenant, le fait de comptabiliser le nombre de fois qu'une intervention a été réalisée *dans X milieux* ne constituait pas un *indicateur comme quoi c'est efficace*. Selon lui, il ne fallait pas *mélanger tout ça ensemble*. Il expliquait son point de vue ainsi :

Les interventions qu'on fait, chaque intervention en soi, on peut pas dire que cette intervention-là est efficace par rapport à une autre, parce que tout a un contexte autour de ça : les campagnes, le populationnel, le milieu dans lequel on intervient, la réceptivité des gens qu'on voit. Ça fait que moi, ça me dérange beaucoup qu'on mesure... Qu'on se dise que ce qu'on fait en actions, on sait que c'est prouvé efficace. On sait juste qu'on l'a fait tant de fois, puis que le monde a apprécié. Ça veut pas dire que c'est efficace. Ça me fatigue un petit peu, cette notion-là.

Pour sa part, un autre intervenant a exprimé une opinion différente. Il donnait l'exemple d'une intervention faite dans les cours d'école. Selon lui, *on sait que c'est efficace*, et c'est pourquoi *on met pas n'importe quoi dans le milieu*. De son point de vue, il ne s'agirait donc pas de seulement comptabiliser *le nombre d'écoles*. L'efficacité en elle-même des interventions serait en quelque sorte prise pour acquis. Le participant a également distingué ce type d'interventions déjà *jugées efficaces* d'autres qui étaient plutôt *jugées prometteuses*, et il a laissé entendre qu'il fallait prioriser les premières.

On peut noter qu'un informateur a, quant à lui, soulevé ce qui lui apparaissait comme une **difficulté générale liée à l'approche**. Il s'agissait de la façon dont on la considérait. À son avis, on devrait s'en tenir à *la prendre pour un cadre d'analyse*.

TABLEAU 24

Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs ¹ : les résultats		
Thèmes abordés	Faiblesses identifiées	Types d'informateurs ²
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats attendus (PAR, PAL) demeurant les mêmes malgré les nouvelles façons de faire ▪ Importance accordée à ces résultats par des professionnels de la DSPE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Résultats obtenus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité qu'il soit plus long d'obtenir des résultats avec la nouvelle approche ▪ Résultats plus difficiles à mesurer avec la nouvelle approche ▪ Résultats moins bons surtout en activité physique (voir notes 27, 28, et 29) ▪ Frustration et démoralisation des professionnels en activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Explications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats moins bons entraînés par l'approche elle-même ▪ Questionnement d'un intervenant local sur ses propres pratiques et les précédentes ▪ Exploration nécessaire de différentes raisons possibles (circonstances, réceptivité du milieu, réforme, timing) (voir note 31) ▪ Caractère expérimental de façons de faire liées à la mise en œuvre de l'approche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1) ▪ Gestionnaire et intervenant(1)
Façon de réagir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarches pour <i>revoir les choses</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesurer de l'état de santé global ▪ Mesure de l'intervention globale ▪ Instance déterminant les indicateurs ▪ Développement régional des prototypes d'indicateurs ▪ Mesure de l'efficacité de la concertation régionale ▪ Confusion entre indicateurs de performance et indicateurs d'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2) ▪ Intervenant (2)
Commentaire général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche devant être considérée comme un cadre d'analyse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Les chiffres 1 et 2 entre parenthèses réfèrent à chacune des deux phases de la collecte des données. Ainsi, (1) précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles, alors que (2) montre qu'il a été touché dans le cadre du groupe de discussion, soit un an et demi plus tard.

Par ailleurs, un intervenant a fait état de deux faiblesses des pratiques « d'après » qui étaient liées aux **ressources humaines** attendues. D'abord, il a souligné que, malgré un contexte *très favorable à l'implantation* de programmes en activité physique, le fait de ne pas disposer des ressources financières permettant d'engager les kinésologues nécessaires empêchait de *développer des programmes, les*

*mettre entre deux couverts, former des gens*³². En second lieu, l'informateur ajoutait qu'il était problématique en soi, dans l'organisation et la planification du travail, de ne pas disposer de l'information concernant le moment où seraient obtenues les ressources attendues.

Deux autres intervenants ont mentionné des difficultés concernant certains **outils** nécessaires dans la mise en œuvre des pratiques « d'après ». D'après l'un d'eux, il pourrait être utile de développer une sorte de *guide des meilleures pratiques* qui pourrait servir *pour faire des liens, pour travailler davantage ensemble, développer des programmes ensemble*. À son avis, cet outil destiné aux acteurs concernés pourrait également donner des indications sur la façon de *rentrer dans les milieux* ciblés, ainsi que sur la façon de *vendre les produits*. Pour sa part, l'autre informateur déplorait plutôt le manque d'outils pratiques au moment où les intervenants locaux étaient entrés en poste. De son point de vue, à ce moment, ceux qui les avaient engagés et ceux qui devaient les soutenir n'étaient *peut-être pas prêts*, au-delà du fait qu'ils avaient *la base théorique* et qu'ils savaient *c'est quoi l'approche intégrée*. Selon lui, *c'est beau de mettre des ressources là au terrain, au local, mais c'est très difficile là dans le quotidien, dans le concret, de patauger un petit peu là-dedans*, pour les intervenants locaux.

TABLEAU 25

Les faiblesses des pratiques « d'après » identifiées par les informateurs ¹ : les résultats		
Thèmes abordés	Faiblesses identifiées	Types d'informateurs ²
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'argent pour engager les kinésithérapeutes nécessaires ▪ Manque d'information sur le moment où les ressources seront disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)
Outils	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoin d'un guide des meilleures pratiques ▪ Manque d'outils pour les intervenants locaux à leur arrivée en poste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant (1) ▪ Intervenant (1)

¹ Il faut rappeler et souligner que les informations présentées dans ce tableau ne sont pas nécessairement des faits objectifs, vérifiés et avérés. Ils doivent être considérés au contraire comme des éléments subjectifs qui sont des composantes des représentations sociales des informateurs.

² Le chiffre 1 entre parenthèses réfère à la première phase de la collecte des données. Ainsi, ce chiffre précise que le thème concerné a été abordé lors des entrevues individuelles.

³² Un membre du comité d'évaluation considérait que l'informateur faisait sans doute allusion à une situation vécue en fonction des activités offertes en milieu scolaire.

4.3.2.4 En somme : l'évolution s'est poursuivie au rythme des acteurs et en fonction du contexte

Les pratiques ayant été mises en œuvre « après » l'adoption officielle et plus systématique de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie ont donné lieu à la collecte d'une importante somme d'informations, comme en témoigne le volume de la section qui se termine ici. À cet égard, les différents informateurs se sont montrés plus volubiles que lorsqu'ils ont abordé les pratiques ayant précédé l'introduction de la nouvelle approche (section 4.3.1). L'analyse de cet important corpus de données a nécessité leur catégorisation en fonction de quelques rubriques spécifiques qui étaient : les activités offertes, les milieux ciblés et les façons de faire; les outils; les ressources humaines; l'articulation et la collaboration des ressources au sein des organisations; l'articulation et la collaboration entre les organisations; les particularités lanaudoises; ainsi que les résultats attendus, obtenus et évalués.

En premier lieu, la partie descriptive a permis de constater que les informateurs ont abordé surtout, dans leurs propos, des éléments de description comportant selon eux une certaine différence par rapport aux pratiques antérieures. En effet, une analyse globale de l'ensemble de ces éléments identifiés dans les huit tableaux synthèse de la section 4.3.2.1 (tableaux 13 à 20) permet de relever, parmi ceux-ci, les quelques éléments n'ayant apparemment pas connu de changement associé à la mise en œuvre de la nouvelle approche, ou en tout cas pas de changement majeur. Ce sont : les activités offertes; les milieux et les clientèles visées; l'importance accordée à la communication; le recours à une offre de service pour rejoindre les milieux, le recours à des modalités connexes ou complémentaires à l'offre de service (rappels téléphoniques, rencontres en personne, etc.); la non-adoption du 0-5-30 comme programme; l'existence de pratiques propres à Lanaudière déjà développées en activité physique, en alimentation et en tabac; le souci propre à Lanaudière de concerter les différents établissements et paliers; le fait que le tabac constitue une cible d'intervention déjà présente dans le PNSP; le fait que des pratiques d'évaluation soient associées à la tenue d'activités; l'existence d'objectifs de résultats déjà clairement indiqués dans le PAR et le PAL.

Certains éléments identifiés témoignaient d'une continuité parfois problématique ou du moins questionnée avec la situation prévalant avant la mise en œuvre plus systématique de l'approche. Autrement dit, tous les informateurs n'ont pas semblé être unanimes sur le type de place à accorder à ces éléments de continuité dans les nouvelles pratiques. Parmi ceux-ci, on peut ranger la possibilité d'adapter les interventions aux milieux; le recours possible à des guides d'intervention déjà conçus; la qualité des programmes lanaudois, notamment en activité physique; le peu de

changements observés dans la pratique des intervenants en tabac et en santé dentaire; l'envoi large des offres de service; la persistance dans les offres de service de plusieurs programmes *clé en main*; la priorité accordée aux interventions *jugées efficaces*; la proximité des intervenants en activité physique par rapport au *terrain*.

Cela dit, tous les autres éléments rapportés dans les treize tableaux de la section (éléments descriptifs, forces et faiblesses) sont teintés de différentes nuances de changement par rapport à la situation « d'avant ». Faut-il en conclure que les pratiques de promotion des saines habitudes de vie ont été largement bousculées par la mise en œuvre plus systématique de l'approche IGC avec, notamment, l'embauche de deux intervenants locaux? Il serait prudent de répondre : pas nécessairement. En effet, il faut noter que, parmi les thèmes abordés, les informateurs ont discuté plus longuement et plus en détail de ceux qui ont été marqués par les changements les plus importants. Ainsi, les thèmes auxquels ont été associés le plus grand nombre d'éléments de description sont les façons de faire (surtout les offres de service), les ressources humaines et les différents niveaux d'articulation et de collaboration entre organisations et acteurs concernés.

Par ailleurs, l'analyse globale conduit à un autre constat général, soit que les informateurs ont identifié davantage de faiblesses que de forces associées à la mise en œuvre de l'approche IGC. À cet égard, on peut fournir deux explications principales. D'abord, on pourrait retenir la même explication que pour les éléments de description marquant des changements, soit que ce sont ces derniers, justement, qui ont suscité plus de discussions chez les informateurs. Par ailleurs, il faut considérer que la rubrique *faiblesses* recouvre un ensemble de notions intégrant les difficultés rencontrées, les inconvénients perçus, etc.; bref, un ensemble d'obstacles ou simplement d'étapes que devaient franchir un ensemble d'acteurs ayant des perspectives différentes sur une situation qu'ils ne vivaient pas de la même façon, qui ne les affectait pas de la même façon. Le caractère subjectif de cet exercice d'identification de faiblesses doit donc être clairement compris et assumé pour ce qu'il est. Il permet de comprendre globalement où se situaient les uns et les autres par rapport à un processus en cours de mise en œuvre d'une approche particulière de promotion des saines habitudes de vie. Un processus, aussi, situé dans le temps, survenu dans un contexte particulier. Cela signifie que les pratiques et la façon dont les différents acteurs les conçoivent, aussi bien que leur compréhension et leur appropriation de l'approche IGC ont sans doute évolué depuis le moment de la collecte des données.

Quoi qu'il en soit, le tableau global des faiblesses identifiées, subdivisé pour des raisons de commodité en quatre sous-tableaux (22 à 25), pourrait être considéré par les acteurs concernés comme un outil de travail multidimensionnel, dans la poursuite de leur processus de mise en œuvre concertée de l'approche privilégiée. Parmi les informations générales que l'on peut tirer de ce tableau, on retrouve les différences de vécu et d'enjeux liées au positionnement respectif des acteurs (quelle organisation, quel rôle dans l'organisation); celles qui sont liées aux façons de faire (tensions entre les expertises reconnues et l'expérimentation de nouvelles à laquelle peut inviter la nouvelle approche); et celles qui sont liées aux résultats attendus et obtenus (s'en tenir aux objectifs fixés ou se doter de nouveaux indicateurs adaptés à une approche différente).

On peut tenter, maintenant, de faire un lien entre les principaux constats de cette section et ceux qui avaient été relevés à l'égard des pratiques « d'avant » la mise en œuvre de cette approche (section 4.3.1.4). À cet égard, les intervenants ont été surtout nombreux à signaler des forces touchant la collaboration développée entre les professionnels de la DSPE. On se souviendra que, dans les pratiques « d'avant », ils avaient surtout retenu comme forces l'expertise développée par chacun des professionnels et la formule des offres de service conçues indépendamment par chacun. Ainsi, le volet collectif a semblé gagner en importance.

Quant aux gestionnaires, ils ont plutôt attribué des forces à différents éléments, notamment à l'embauche des nouveaux intervenants locaux, aux nouvelles façons de faire et à l'importance accordée aux saines habitudes de vie. Ils ont aussi mentionné la modification du rôle des professionnels de la DSPE. En comparaison, par rapport aux pratiques « d'avant », ils avaient surtout retenu l'ancien sentiment de maîtrise de chacun des professionnels de la DSPE à l'égard de leurs dossiers respectifs. Encore une fois, on note une évolution et une ouverture vers des pratiques moins individualisées.

En ce qui concerne les faiblesses, parmi celles qui avaient été signalées par les intervenants au sujet des pratiques « d'avant », on note que le manque d'encadrement du dossier nutrition a été mentionné également en lien avec les pratiques d'après. Par ailleurs, il apparaît que les deux autres faiblesses associées aux pratiques « d'avant » étaient en voie d'amélioration avec les nouvelles pratiques. Il s'agit du fait de parvenir surtout à rejoindre, par les offres de service indépendantes, une clientèle intéressée à une habitude de vie spécifique, ainsi que le manque de collaboration entre les porteurs de dossiers, susceptible d'exclure des interventions qui auraient pu être efficaces. Autrement dit, comme on n'a pas retrouvé ces éléments en lien avec les faiblesses et les informations

rapportées au chapitre descriptif et à celui des forces, cela suggère l'amélioration.

Pour ce qui est des faiblesses qui avaient été soulevées par les gestionnaires à l'égard des pratiques précédant l'adoption systématique de l'approche IGC, on peut supposer que des progrès peuvent être associés aux nouvelles pratiques, puisque ces *anciennes faiblesses* ne sont plus mentionnées dans les tableaux (22 à 25) concernant les pratiques « d'après ». Par contre, il a été relevé ailleurs qu'au-delà des interventions surtout *éducatives*, des efforts ont été investis afin d'en développer aussi de nature environnementale (mentionné par un intervenant, en lien avec les particularités lanaudoises, tableau 19). Les informateurs en général ont également fait état de l'énergie et des moyens déployés afin d'offrir maintenant aux milieux des interventions portant sur plus d'une habitude de vie. À ce titre, on peut citer la formule des offres de service regroupées, malgré les difficultés qu'elle a aussi suscitées. Concernant l'ouverture limitée à l'innovation chez les intervenants installés dans le confort de leurs dossiers individuels, déplorée par un gestionnaire en lien avec les pratiques « d'avant », celle-ci s'était transformée en émulation vantée par un gestionnaire parmi les forces des pratiques « d'après ». Quant à la sursollicitation, si elle a été encore une fois mentionnée parmi les faiblesses des pratiques « d'après », c'était cette fois par un intervenant qui en niait la réalité.

Il est intéressant de noter, en terminant, que les particularités lanaudoises mises en évidence dans les propos des informateurs (tableau 19) se présentent presque comme un ensemble spécifique de forces. Ce constat sera important dans le cadre de la discussion à laquelle est consacrée la dernière partie de ce rapport.

5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Cette dernière partie du rapport d'évaluation sera consacrée à deux ensembles de réflexions distincts mais complémentaires. D'abord, on y présentera une synthèse de l'importante somme d'informations collectées dans le cadre de l'étude et analysées de façon détaillée à la section précédente. Il s'agira de dégager et de relier les principaux constats en lien avec les trois premiers objectifs spécifiques de l'étude visant le volet de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. Ceux-ci consistaient, rappelons-le, à :

- a) Mettre en évidence les représentations de l'approche portées par les gestionnaires et les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.
- b) Identifier les éléments facilitant ou limitant l'adoption de l'approche par les gestionnaires et les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.
- c) Décrire l'actualisation de l'approche dans les pratiques développées par les intervenants concernés de la DSPE et des deux CSSS.

De façon générale, l'analyse tentera, à ce premier niveau, de mieux comprendre comment les représentations individuelles et collectives de l'approche ont pu influencer les processus de son appropriation par les acteurs concernés et de sa mise en œuvre régionale. Et peut-être, également, comment les pratiques auraient pu jouer un rôle dans l'évolution des représentations et de l'appropriation de l'approche.

Ensuite, la discussion portera sur les spécificités de l'approche IGC, telle que développée et mise en œuvre dans Lanaudière. L'exercice d'analyse se rapportera alors au quatrième objectif spécifique, consistant à :

- d) Identifier les principales caractéristiques d'un éventuel modèle lanaudois d'approche intégrée (globale et concertée) des habitudes de vie et des maladies chroniques.

5.1 Les représentations, l'appropriation et la mise en œuvre de l'approche : des influences combinées

D'abord, il faut faire une précision. Au début de l'étude, et lors de la collecte des données, les acteurs lanaudois concernés par la mise en œuvre de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie n'étaient sans doute pas conscients d'être porteurs de *représentations* particulières, individuelles et collectives, de cette approche. D'une certaine façon, ils avaient tendance à penser qu'ils possédaient surtout des connaissances formelles, sur la base desquelles ils émettaient des opinions rationnelles, à propos de cette approche qu'ils étaient invités à adopter dans leurs pratiques professionnelles très concrètes et bien encadrées. Jusqu'à un certain point, ils pouvaient se demander : *À quoi ça pourra bien servir de regarder la mise en œuvre de notre approche sous l'éclairage d'une théorie des représentations sociales?* Une première réponse à cette question légitime serait : cet exercice pourrait permettre de prendre un certain recul pour regarder globalement et tenter de mieux comprendre, de l'extérieur et

indépendamment de la logique inhérente à l'approche ou à l'organisation, ce qui peut expliquer le processus vécu de cette mise en œuvre, ainsi que ses aspects plus et moins bien réussis. Ainsi, on peut considérer que le vécu collectif de l'appropriation et de la mise en œuvre de l'approche se décortique en vécus individuels d'acteurs qui se sont construits au départ leurs propres représentations personnelles de l'approche en question, à partir de leur propre *système d'interprétation de la réalité* (Bézille-Lesquoy, déjà citée p. 29). Une meilleure connaissance de ces vécus passant par le filtre interprétatif de chacun ne peut qu'être utile, si l'on souhaite ajuster par la suite l'orientation de pratiques d'intervention en fonction d'une approche que l'on voudrait comprise et partagée également par les différents acteurs concernés.

Il est pertinent de revenir maintenant aux arguments théoriques qui ont conduit à considérer au départ, dans la présentation du cadre d'analyse (section 2.3.1), l'approche IGC comme un objet de représentations sociales, et d'y greffer des éléments puisés aux résultats d'analyse exposés à la partie précédente.

5.1.1 Les critères de Moliner

En premier lieu, on peut revoir chacun des quatre critères initiaux de Moliner, servant à reconnaître une représentation sociale. Comme on le verra, ils sont en interrelations étroites les uns avec les autres.

1. Avec l'adoption de l'approche IGC, les acteurs lanauois concernés, et plus directement les intervenants, avaient bel et bien affaire à **des pratiques en situation sociale**. Les pratiques en cause étaient celles de leurs interventions *sur le terrain* en vue de promouvoir les saines habitudes de vie. La situation sociale comportait plus d'une facette. On y trouvait, bien sûr, les milieux visés par les interventions (principalement les municipalités et les entreprises) mais, bien avant, et de façon bien plus déterminante, il y avait ceux où se décident et s'organisent ces interventions, avant qu'elles ne soient déployées « sur le terrain ». Il s'agissait donc des milieux de travail propres aux intervenants eux-mêmes : les deux CSSS et la DSPE de Lanaudière. En fait, leur ancrage organisationnel respectif pouvait apparaître comme des milieux sociaux spécifiques. De plus, la situation sociale s'inscrivait dans un contexte socio-historique particulier, marqué par la création des CSSS avec la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.
2. En ce qui concerne **le ou les groupe(s) d'acteurs** concerné/s par l'adoption de l'approche IGC et susceptible(s) de construire ensemble *par internalisation et par appropriation* ainsi que par le biais des interactions se déroulant entre eux, un éventuel modèle lanauois de cette approche, l'analyse a fourni un éclairage intéressant à ce sujet. Au début de l'étude, on pouvait s'attendre à ce qu'un ou deux groupes se dégage(nt) de l'analyse. S'il n'y en avait eu qu'un, il aurait été question de l'ensemble des acteurs lanauois concernés, incluant les

gestionnaires et les intervenants. Leur identité de groupe se serait définie, notamment, par comparaison avec les groupes semblables existant dans les autres régions du Québec. S'il y avait eu deux groupes mis en évidence par l'analyse, on aurait pu penser que ça soit les gestionnaires et les intervenants. On pouvait s'attendre, en effet, à ce que, de par leurs positions ou perspectives et leurs rôles différents, ils aient pu développer des représentations particulières, et peut-être complémentaires, de l'approche IGC et du processus de son adoption et de sa mise en œuvre régionales.

En fait, l'analyse a fait ressortir surtout que les deux principaux groupes en présence et, sinon « en opposition », du moins « en tension », étaient les acteurs de la DSPE et ceux des CSSS, et souvent les intervenants plus que les gestionnaires de ces organisations. Ce constat s'explique, bien sûr, par les circonstances de la mise en place des CSSS coïncidant avec la mise en œuvre plus systématique de l'approche IGC. On peut l'illustrer par le point de vue exprimé par un gestionnaire, selon qui il n'y aurait pas une seule équipe régionale d'acteurs concernés par la promotion des saines habitudes de vie avec l'approche IGC, mais bien trois équipes. Cette affirmation constituait donc plus qu'un simple constat. Elle se présentait comme une position défendue.

D'autres groupes en présence (opposition-tension) ont également été identifiés dans le cadre de l'analyse. Il s'agit des conseillers de Kino-Québec par rapport aux autres acteurs de la santé publique en général.

3. L'identification des groupes véritablement en présence dans la situation sociale est très liée aux **enjeux** qui marquent leurs relations. Ceux-ci se situaient à différents niveaux. Les plus sensibles touchaient, pour certains intervenants, la conservation des acquis et d'une expertise développée de longue date, menant à une réaction presque naturelle de défense-défiance face à la prise de risques et à l'expérimentation associées à la mise en œuvre de l'approche IGC. Dans ce contexte, l'approche IGC représentait en bonne partie une menace pour ces acteurs particuliers, en poste depuis un certain temps et appelés à la fois à adopter un nouveau rôle (conseillers pour les intervenants locaux) et à s'ouvrir à de nouvelles façons de faire pour lesquelles ils n'étaient pas de véritables experts. D'autre part, pour les nouveaux acteurs que constituaient les intervenants locaux, mais aussi pour d'autres intervenants de la DSPE, la nouvelle approche ouvrait au contraire, justement avec ses exigences d'expérimentation, un monde de possibilités et de créativité. Elle représentait l'opportunité de développer une expertise nouvelle, assise sur l'ancienne qui n'était pas rejetée, mais sujette à toutes les adaptations qui pouvaient sembler appropriées.

D'autres enjeux, apparemment moins sensibles toutefois, mettaient en présence (opposition-tension) les organisations elles-mêmes que sont la DSPE

et les CSSS, toujours dans le contexte de la réorganisation du réseau qui avait créé les CSSS. Ces enjeux étaient de l'ordre de la détermination et de la reconnaissance des nouveaux rôles et des nouvelles responsabilités dévolus aux deux paliers. Ceux-ci s'exprimaient notamment par les gestionnaires qui en étaient les représentants. Ils pouvaient prendre la forme, par exemple, de la défense de l'expertise et de l'autonomie des intervenants locaux, face à des intervenants de la DSPE qui semblaient outrepasser leur rôle à leur égard. Cependant, entre les gestionnaires des deux niveaux eux-mêmes, l'analyse n'a pas mis en évidence de tensions particulières. Les uns et les autres semblaient bien s'ajuster à la situation nouvelle et dans un climat de respect réciproque entre les individus.

Concernant les conseillers de Kino-Québec par rapport aux acteurs de la santé publique en général (c'est-à-dire au-delà de l'échelle régionale), les enjeux identifiés étaient subtils. D'une part, ils semblaient aussi être de l'ordre de la préservation d'expertises développées et reconnues depuis longtemps au sein d'un regroupement provincial. D'autre part, ils semblaient inclure également, pour les professionnels concernés, une certaine tension quant à leur appartenance à ce réseau et à celui de la santé publique.

4. Enfin, le quatrième critère de Moliner pour reconnaître la présence d'une représentation sociale était celui du ***par rapport à qui ?*** Au début de l'étude, la supposition était faite que le groupe des acteurs Lanaudois concernés par l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie puisse se distinguer, sur ces questions, d'autres groupes semblables dans d'autres régions du Québec, ou encore de fonctionnaires provinciaux promoteurs de l'approche ou de milieux ciblés. La possibilité avait été envisagée que les représentations sociales de ces différents groupes puissent *entrer en conflit les unes avec les autres*. Les résultats de l'étude touchant ce dernier critère seront surtout au cœur de la seconde section de cette partie synthèse et discussion. Déjà, on peut tout de même noter que les groupes en présence (opposition-tension) ayant occupé le plus de place dans les propos des informateurs étaient plutôt des sous-groupes (intervenants locaux et intervenants de la DSPE, acteurs des CSSS et acteurs de la DSPE) de ce principal groupe à l'étude (l'ensemble des acteurs Lanaudois concernés, du réseau de la santé et des services sociaux).

À la lumière de cette revue plus étayée des critères de Moliner, on peut reconfirmer que l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie constitue bel et bien un objet de représentation sociale.

5.1.2 Les sept éléments de théorie retenus

L'analyse globale des différentes représentations de cette approche peut être complétée en se rapportant successivement aux sept éléments de théorie retenus initialement dans le cadre d'analyse.

1. Les représentations semi-collectives qui se dégagent

Les entrevues individuelles avaient permis de mettre en évidence des éléments de représentation de l'approche IGC à travers les propos de chacun des informateurs. Le regroupement de certains éléments, en lien notamment avec les enjeux, permet de dégager ce qu'on peut appeler des représentations *semi-collectives*, autrement dit des représentations rejoignant quelques acteurs partageant certaines caractéristique communes.

L'identification précédente des enjeux dominant les interrelations entre les groupes d'acteurs a permis de dégager deux premières représentations concernant les intervenants, en lien avec leur expertise. Ainsi, pour les uns, l'approche IGC semblait représenter une certaine **menace** alors que, pour d'autres, elle représentait davantage une **possibilité de renouveau**, d'invention de nouvelles expertises.

On peut approfondir davantage l'analyse des représentations liées aux enjeux en y ajoutant le thème du **contrôle** et de **l'autonomie** qui a été abordé à quelques reprises par les informateurs. À cet égard, pour les intervenants des deux groupes, la *vielle expertise* était aussi associée à une idée de contrôle de la part de ceux qui l'avaient développée et voulaient la préserver, même s'ils devaient pour cela l'imposer aux nouveaux intervenants locaux. Par contre, du point de vue des intervenants locaux, la nouvelle expertise qu'ils pouvaient développer en mettant en œuvre l'approche IGC était plutôt associée à une relative autonomie créative.

Entre les deux « extrêmes », si on veut, d'autres intervenants des deux niveaux organisationnels semblaient voir plutôt l'approche IGC comme une **intéressante orientation** à laquelle ils devaient, souhaitaient ou avaient commencé à s'adapter. Pour ce faire, certains espéraient bien pouvoir compter sur des outils et du soutien qui leur seraient fournis par des professionnels d'un niveau organisationnel supérieur (selon les cas, le régional ou le provincial).

À l'échelle des gestionnaires, l'approche IGC semblait représenter encore autre chose. Bien sûr, ceux-ci se sont montrés tout à fait conscients des enjeux qui mobilisaient les intervenants et de la nécessité d'intervenir parfois pour faciliter leur dénouement. Pour leur part, justement, ils ont semblé voir dans cette approche une sorte de **défi organisationnel** consistant à bien coordonner le

passage de « l'avant » à « l'après ». Dans l'ensemble, aussi, les propos des gestionnaires montraient une attitude positive face à l'approche.

2. Les éléments de savoir dans les représentations

Dans la section 4.1 consacrée à la définition de l'approche IGC, l'analyse avait porté notamment sur les éléments de savoir et de contenu attribués à cette approche par les informateurs. Précédemment, dans la présentation du cadre d'analyse (section 2.3.1), il avait été souligné qu'une représentation sociale pouvait amalgamer des savoirs de sens commun ou populaires et des éléments de savoir scientifique. À cette étape de synthèse et de discussion, il est pertinent de revenir sur certains aspects de cette dimension des savoirs.

On peut d'abord rappeler que, pour la plupart des informateurs, la crédibilité et le caractère scientifique ou non de l'approche apparaissaient en bonne partie associés à une première reconnaissance « en amont », par des organisations et des experts scientifiques eux-mêmes reconnus mondialement. Autrement dit, la plupart des informateurs ont eu tendance à endosser les qualités attribuées à cette approche par ces experts, et à considérer qu'ils n'étaient pas habilités à questionner ses assises théoriques. Ainsi, ils semblaient situer davantage leur rôle à l'étape subséquente de l'adaptation, dans des pratiques, d'une approche déjà validée et légitimée au contexte propre à Lanaudière. Ainsi, les définitions de l'approche qu'ils ont exposées étaient grandement empreintes de leurs efforts pour traduire dans leur pratique bien concrète un savoir théorique venu d'ailleurs. Il s'agissait, en quelque sorte, de ramener l'approche à leur niveau, de la mettre à leur main, de l'expliquer dans leurs mots.

Il est intéressant de noter, d'ailleurs, que les rares informateurs ayant parfois fait référence directement et spontanément à *la littérature scientifique* en lien avec l'approche IGC n'étaient pas nécessairement ceux qui l'endossaient le plus facilement. Au contraire, c'étaient les informateurs les plus critiques à son endroit, ceux qui étaient mobilisés par des enjeux d'expertise et qui s'efforçaient de mettre en évidence ses failles.

3. L'influence de la communication sur les représentations

Dans le paradigme théorique des représentations sociales, l'aspect de la communication apparaît comme un mécanisme fondamental nécessaire à la construction d'une représentation partagée entre les membres d'un groupe. À cet égard, l'analyse a montré que les acteurs lanaudois semblaient évoluer peu à peu vers une représentation partagée de l'approche IGC, mais qu'ils n'en étaient pas encore tout à fait là. De l'avis de plusieurs intervenants, il était utile et nécessaire d'avoir créé des lieux de rencontre permettant à chacun de mieux connaître le travail de ses collègues (équipe saines habitudes de vie de la

DSPE) ou de développer une articulation du travail d'intervention avec des collègues d'une autre organisation (DSPE-CSSS ou CSSS-CSSS). La communication, d'ailleurs, passait beaucoup par les canaux d'articulation et de collaboration établis entre les différents acteurs et les instances organisationnelles concernés par la mise en œuvre de l'approche. Toutefois, on se rappellera que des lacunes ont été identifiées aux chapitres de la communication et de l'articulation-concertation.

Pour ce qui est des intervenants au sein de l'équipe des saines habitudes de vie de la DSPE, des informateurs ont souhaité que les rencontres rassemblant l'ensemble des collègues porteurs de dossiers en ce domaine soient un peu plus fréquentes, et qu'elles abordent notamment et expressément le thème de l'approche IGC. Quant aux rencontres entre intervenants de la DSPE et des CSSS, les enjeux d'expertise et de contrôle-autonomie semblaient compliquer les possibilités d'ajustement et de mise à niveau des représentations propres aux différents intervenants, en vue de cheminer vers une vision commune. Par contre, les rencontres et la communication entre intervenants locaux des deux CSSS ont semblé se dérouler pour le mieux, et faciliter le partage d'une vision commune du travail d'intervention.

En ce qui concerne la communication entre gestionnaires et intervenants employés par une même organisation, on a vu qu'elle était parfois difficile, en raison notamment d'un organigramme peu adapté à la situation et même instable. Il a été mentionné, en outre, qu'un intervenant local s'était senti isolé au sein de son CSSS, parmi un ensemble de collègues qui ne savaient même pas quel était son mandat.

Par contre, la communication entre gestionnaires des trois organisations a semblé fonctionner plutôt bien. Les uns et les autres, d'ailleurs, n'ont pas exprimé de divergences particulières dans leur compréhension de l'approche IGC. Cela pourrait s'expliquer, notamment, par un respect mutuel évident et par la création mentionnée de canaux d'interface efficaces en dépit des agendas chargés de ces acteurs spécifiques. Notons aussi qu'en conclusion d'une entrevue individuelle, un intervenant avait identifié trois *personnes clés* qui lui semblaient jouer un rôle essentiel dans les équipes de travail afin de *faciliter l'avancement vers l'approche*, et il s'agissait de trois gestionnaires.

On notait, enfin, que l'articulation-collaboration et la communication entre intervenants de différentes régions n'avait pas été développée de façon satisfaisante pour les divers acteurs.

4. L'identité collective et la représentation collective

Plusieurs constats rapportés en lien avec les trois précédents éléments de théorie et avec les critères de Moliner laissaient déjà entrevoir la difficulté de dégager une représentation collective de l'approche IGC associée à l'identité collective des acteurs Lanaudois concernés par sa mise en œuvre. La difficulté, évidemment, tient au fait qu'aux deux moments de la collecte des données, les identités des acteurs semblaient davantage attachées à leur appartenance à un sous-ensemble de cet hypothétique groupe des acteurs Lanaudois concernés par l'approche. Cette appartenance, bien sûr, n'était pas non plus sans lien avec les enjeux identifiés et les quelques lacunes mentionnées dans la communication et l'articulation entre les acteurs et leurs organisations. Et pas sans lien non plus avec le contexte de la mise en œuvre plus systématique de l'approche au moment même où étaient implantés les CSSS.

5. L'influence des représentations sur les pratiques nouvelles

L'importante section 4.3.2 de ce rapport était consacrée à la présentation de ce qui a été nommé les pratiques « d'après » la mise en œuvre plus systématique de l'approche IGC. Celles-ci, comme on l'a montré, se situaient dans une certaine mesure en continuité avec les pratiques « d'avant ». En fait, une petite partie des éléments de description amenés par les informateurs laissaient croire qu'il n'y avait pas eu de changement entre « l'avant » et « l'après ». Par ailleurs, les informateurs avaient aussi fait état, dans leur présentation des pratiques « d'avant », de quelques expériences et éléments se rapprochant déjà de l'esprit « intégré, global et concerté » considéré par certains comme une tendance déjà amorcée.

Cela dit, c'est davantage parmi les forces et les faiblesses des pratiques « d'après », telles que considérées par les informateurs, que l'on peut mieux déceler des indices de l'influence, sur les pratiques nouvelles associées à l'approche IGC, des représentations que les acteurs se faisaient de cette approche. En fait, à travers ces tableaux des forces et des faiblesses attribuées aux pratiques « d'après », on peut dire qu'on trouve encore la trace des mêmes éléments de représentation de l'approche IGC mis en évidence jusqu'ici dans la synthèse et discussion en cours.

Ainsi, le tableau des forces attribuées aux pratiques « d'après » (tableau 21) rapporte surtout des éléments qui nourrissent les représentations plutôt positives attachées à l'approche. Ces forces et ces représentations positives sont endossées principalement par les acteurs n'étant pas confrontés à des enjeux remettant en question l'expertise bâtie sur la base de leur *vieille expérience* ou encore leur sentiment de contrôle sur leur propre pratique ou celle des intervenants locaux qu'ils devaient désormais conseiller. À travers les

forces identifiées aux pratiques « d'après », on peut déceler dans les propos des informateurs une ouverture envers cette approche ainsi que la décision et certains moyens de la mettre en œuvre. Il semble assez évident que les informateurs ayant identifié ces forces ne se représentaient pas l'approche IGC comme une menace ou une perte de contrôle potentielle.

De même, un regard similaire porté au grand tableau des faiblesses attribuées aux pratiques « d'après » permet de retrouver le lien entre plusieurs éléments relevés et les représentations de l'approche portées par les informateurs. Ainsi, ceux qui apparaissaient favorables à l'approche et qui se la représentaient comme une innovation intéressante avaient tendance à identifier comme des faiblesses des éléments faisant obstacle à son plein déploiement. Par contre, les informateurs associant l'approche à une menace ou à une perte de contrôle potentielle (ou encore des informateurs interprétant l'attitude et le comportement de ces derniers) avaient plutôt tendance à relever des faiblesses « techniques » associées aux nouvelles façons de faire, ou encore à considérer comme une faiblesse l'abandon d'anciennes pratiques jugées efficaces.

Ce nouveau regard d'ensemble sur les forces et les faiblesses des pratiques « d'après » reconnues par les informateurs permet de saisir, finalement, l'aspect « limitant » d'une représentation de l'approche IGC l'assimilant à une menace ou une perte de contrôle, pour des acteurs tout de même invités à adopter des pratiques s'inscrivant dans le sens de cette approche officiellement préconisée.

6. Représentations, normes et attitudes face à l'approche IGC

Parmi les quelques repères présentés au début du rapport, à propos des théories portant sur les représentations sociales, le thème de leur intériorisation a été abordé, surtout à partir des réflexions de Bézille-Lesquoy (section 2.3.1.7, p. 28). Cette auteure, rappelons-le, a mentionné que plusieurs choses concourraient à former les représentations sociales d'une personne, lesquelles constituaient son *système d'interprétation de la réalité*. En plus des expériences de cette personne et de son *inscription sociale*, l'auteure avait notamment fait allusion au rôle que pouvaient y jouer aussi des *résonances affectives et normatives*.

On peut établir un rapprochement entre le processus d'appropriation de l'approche IGC par les acteurs lanauois concernés et celui de l'intériorisation d'une représentation sociale. La section 4.2 du présent rapport était consacrée à la description et à l'élaboration d'une explication, à partir des propos des informateurs sur ce thème, du processus d'appropriation de l'approche IGC vécu par les acteurs lanauois. À la lumière des éléments théoriques puisés aux écrits de Bézille-Lesquoy, on peut encore ajuster et compléter l'explication

de ce processus. Le regard se portera surtout ici sur quelques *résonances affectives et normatives* décelées aussi dans les propos des informateurs, au-delà des explications rationnelles invoquées (raisons de l'adoption de l'approche, facteurs facilitants, facteurs limitants).

Voyons d'abord quelques indices de résonances affectives retrouvés. Ceux-ci pouvaient prendre la forme, notamment, d'une expression d'enthousiasme associée à l'identification d'un élément d'explication rationnelle. C'était le cas, par exemple, pour l'intervenant qui trouvait *le fun* que l'approche représente pour lui une possibilité de poursuivre et d'aller plus loin dans des pratiques qu'il avait déjà amorcées. Il y avait aussi, dans cet enthousiasme manifesté, un sentiment de reconnaissance ressenti par l'informateur. On retrouve l'expression du même genre de sentiment dans le *respect pour ce qui avait été fait avant* dont témoignait un autre intervenant. On peut noter que des résonances affectives de ce type ont été relevées aussi bien dans les propos d'informateurs portant des représentations négatives que dans ceux d'informateurs portant des représentations plus positives de l'approche.

Par ailleurs, les résonances normatives se retrouvent notamment dans les propos d'informateurs porteurs de représentations négatives de l'approche IGC. Elles prenaient, par exemple, la forme d'une insistance accordée au thème des *résultats obtenus* et des *interventions jugées efficaces* associés aux *pratiques d'avant*, donc à la *vieille expertise* remise en cause avec l'adoption plus systématique de l'approche IGC. Ainsi, les informateurs qui voyaient une menace dans cette approche pouvaient avoir tendance à se raccrocher à des éléments normatifs reconnus dans la situation sociale précédente, où leur rôle était différent, mais lui-même reconnu.

En résumé, ces petits exemples illustrent simplement comment l'argumentaire rationnel présenté par les informateurs, pour expliquer leur niveau d'appropriation de l'approche et celui des autres acteurs concernés, ne constitue pas le seul type d'information que l'on peut trouver dans leurs propos concernant ce thème. Ainsi, ces éléments complémentaires font également partie des représentations sociales, et en tenir compte éclaire davantage le *point de vue sur la réalité* des informateurs, permettant de mieux comprendre leur *système d'interprétation* de cette réalité (Bézille-Lesquoy, déjà citée p. 29).

7. L'influence du contexte sur les représentations, l'appropriation et la mise en œuvre de l'approche

Comme il a été mentionné à maintes occasions dans la partie consacrée à l'analyse des résultats de l'étude, le contexte de la mise en œuvre plus systématique de l'approche IGC a coïncidé, dans Lanaudière, avec

l'implantation des deux CSSS, nouvelles instances régionales directement impliquées dans cette mise en œuvre de l'approche. En fait, l'arrivée simultanée de ces deux « innovations », dans le contexte de travail que connaissaient auparavant les intervenants responsables de dossiers d'habitude de vie à la DSPE, a constitué pour certains un double potentiel de forte déstabilisation. Dans l'analyse, l'importance relative de ces deux facteurs de déstabilisation était même parfois difficile à départager, tellement ils apparaissaient étroitement imbriqués et interreliés. On peut aussi penser que, chez les intervenants pour lesquels l'approche IGC représentait une menace ou une perte de contrôle, ce contexte modifiant leur rôle et leurs responsabilités personnelles à l'égard de l'intervention dans les milieux constituait une sorte de facteur de renforcement d'une attitude basée sur la défense de la *vieille expertise*.

Par contre, chez les acteurs manifestant plus d'ouverture à l'égard de l'approche IGC, soit la majorité d'entre eux, le contexte de la création des CSSS n'a pas constitué une contrainte à l'appropriation de cette approche. Au contraire, l'arrivée de ces nouvelles instances locales devait, à leurs yeux, s'accompagner des ressources nécessaires pour faciliter la mise en œuvre d'une approche déjà en principe adoptée. Ainsi, en fait, les difficultés relevées à propos de cet élément de contexte majeur ont été associées plutôt à la mise en œuvre de l'approche. Il avait été question, notamment, de ressources humaines supplémentaires grandement attendues, et également de l'inconvénient vécu en raison d'un *timing* pas tout à fait idéal, puisque les *changements de chaises* à l'interne causaient une instabilité chez les intervenants locaux dont le supérieur hiérarchique avait changé à plusieurs reprises.

Cela dit, bien que la création des CSSS ait constitué la principale caractéristique du contexte abordée par les informateurs, et sans doute la plus marquante, on peut rappeler que d'autres éléments de contexte avaient aussi été mentionnés et présentés en lien avec le processus d'appropriation de l'approche par les acteurs (section 4.2). Il s'agissait de la façon dont l'approche, puis le modèle ou programme de la région de la Capitale-Nationale (le *0-5-30*) avaient été respectivement proposés, recommandés ou imposés aux régions par l'instance nationale; des expériences précédentes allant dans le même sens que l'approche IGC; de l'arrivée de Québec en forme; de la démarche de rédaction du PAR; et de la démarche d'évaluation en cours. Ainsi qu'il avait été noté au terme de la section 4.2, dans l'ensemble, les éléments de contexte ne remettant pas en cause les pratiques existantes ont été plutôt bien vécus par les différents acteurs.

5.1.3 En somme

En résumé, cette première section de la synthèse et de la discussion a permis d'explorer plus à fond, avec un éclairage tiré du paradigme théorique des représentations sociales, les influences réciproques des représentations, de l'appropriation et de la mise en œuvre de l'approche IGC. D'une certaine façon, à travers les critères de Moliner et les sept éléments de théorie abordés successivement, ce sont souvent les mêmes principales représentations qui ont été reprises, retournées et regardées sous différents angles, sous toutes les coutures.

5.2 Qu'en est-il finalement des particularités régionales et du modèle lanaudois?

Dans la section 4.3.2 exposant les pratiques « d'après » la mise en œuvre plus systématique de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière, quelques paragraphes et un tableau (tableau 19) étaient déjà consacrés à la présentation de particularités régionales se dégageant de l'analyse à cet égard. La question à éclairer ici serait la suivante : l'existence de ces quelques particularités déjà identifiées suffit-elle à confirmer l'existence, ou du moins le processus d'élaboration d'un véritable modèle lanaudois de cette approche? À cet égard, il est intéressant de voir d'abord comment les acteurs se situaient eux-mêmes. Puis, de revoir ensuite la question à partir des résultats de l'étude.

5.2.1 Le point de vue des acteurs sur le modèle lanaudois

Dans le cadre des entrevues individuelles et du groupe de discussion, les informateurs et participants avaient été questionnés quant à cette existence ou non d'un modèle proprement lanaudois de l'approche IGC, et également sur l'intérêt ou non de développer un tel modèle. Le thème était surtout amené à partir du positionnement de la région par rapport au programme ou modèle 0-5-30. À ce propos, intervenants et gestionnaires étaient d'accord pour affirmer que les acteurs lanaudois avaient choisi ensemble de ne pas adopter en bloc ce programme ou modèle de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. La principale raison invoquée pour expliquer cette décision était l'existence préalable dans la région de programmes et d'outils déjà développés et éprouvés (section 4.3.2.1).

En lien avec le 0-5-30, certains informateurs avaient jugé peu souhaitable que toutes les régions adoptent un seul et même modèle. Il leur apparaissait préférable que chacune fasse ses choix en fonction de sa situation et de ses besoins, et également que les régions puissent *expérimenter* à leur convenance, ce qui semblait d'ailleurs être le cas. Toutefois, après avoir fait état de cette expérimentation généralisée, un intervenant avait ajouté, à la blague : *Un moment donné, on va peut-être se rallier tous ensemble vers quelque chose qui va avoir fonctionné mieux. J'espère que ça va être le modèle lanaudois.*

Dans l'ensemble, aucun informateur individuel et aucun participant au groupe de discussion n'a affirmé qu'il existait déjà, au moment de ces deux étapes de la collecte des données, un modèle lanaudois bien défini et complet de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. Par contre, certains ont considéré qu'un tel modèle pouvait être en construction, et ce, dès les entrevues individuelles. Par exemple, pour distinguer du 0-5-30 ce qui était en cours d'expérimentation dans Lanaudière, un intervenant affirmait : *On essaie de développer notre modèle à nous-autres là. C'est un peu ça qu'on est en train de faire.* Par ailleurs, un gestionnaire était d'avis que, d'une certaine façon, les expérimentations en cours dans les différentes régions et les caractéristiques propres à chacune pouvaient amener la création de différents modèles régionalement adaptés de l'approche IGC. Il l'expliquait ainsi :

Je pense que l'approche est pas si structurée, si structurante. Puis la façon de faire pour les différencier. Je pense que (...) par la force des choses ou par la vision de notre histoire de santé publique, c'est ce qui distingue l'approche qu'on est en train de vivre là. Puis c'est la même chose qui se passe dans d'autres régions.

Pour sa part, un intervenant pointait un élément qui, à son avis, distinguait déjà le modèle lanaudois en construction. Il s'agissait du travail sur les environnements. Selon lui : *Je sais qu'on est la seule région qui travaille l'environnement, ou une des seules qui travaillent l'aspect environnement. (...) Moi, je pense que le modèle lanaudois, il se caractérise par ça.*

Lors du groupe de discussion, qui a eu lieu, rappelons-le, un an et demi après les entrevues individuelles, des participants ont considéré qu'un modèle lanaudois pouvait être encore en construction. Un intervenant affirmait à ce propos : *Moi, je dirais qu'on est en train de le faire.* D'autres ont laissé entendre qu'un tel modèle pouvait même se développer presque à l'insu, ou du moins sans la volonté expresse ou une orientation consciemment retenue, des acteurs. Par exemple, un intervenant pensait que l'importance accordée dans Lanaudière au développement des communautés pouvait amener à la création d'un modèle lanaudois. Il affirmait :

Je sais pas si on le développe volontairement, avec l'approche globale et intégrée, mais je pense que l'importance que notre région a donné au développement des communautés, depuis le Forum de 1997 (...). Puis aussi, le fait que certains professionnels portent beaucoup ce dossier-là (...), que ça fasse encore qu'on ait, qu'on développe un modèle, mais sans avoir voulu vraiment le développer, se distinguer des autres régions, par exemple. (...) Mais ça se peut que ça nous amène à ça.

Ailleurs, le même participant expliquait aussi sa compréhension de la façon dont pouvait naître un modèle régional en quelque sorte non prévu ou non consciemment planifié. Selon lui : *Principalement, ça peut être juste une réalité qui découle de différentes circonstances ou de différents acteurs et d'opportunités qui se sont présentées.*

Un peu dans le même sens, un gestionnaire a fait référence à nouveau au contexte historique initial du refus régional d'adopter le *programme ou approche ou modèle proposé* du 0-5-30, qui n'était d'ailleurs *pas obligatoire* à son avis. Selon lui, déjà ce refus distinguait la région, et il était associé à la volonté de *bâtir sur les acquis*. Pour ce participant, cette situation aurait amené les acteurs lanaudois à *se rendre compte qu'ils étaient un peu différents des autres régions.*

Au sujet de ces autres régions, un intervenant a considéré que l'expérimentation s'y poursuivait également. D'après lui, *le monde essayait pas mal d'affaires.*

En ce qui concerne l'intérêt ou l'avantage de développer un modèle lanaudois, un intervenant a émis l'idée que la région pourrait éventuellement *devenir un leader* grâce à celui-ci. Pour un autre, il n'y avait pas de nécessité de développer un modèle régional, mais on pourrait quand même y trouver l'avantage non négligeable que ce modèle devienne *quelque chose qui soit adapté à notre région*. Le même informateur ajoutait que, pour les acteurs lanaudois, il pourrait être *plus facile d'y adhérer*, si le modèle développé était *vraiment adapté*. Dans le même sens, un autre intervenant jugeait que *l'avantage, c'est que c'est à notre couleur*. Par contre, ce dernier voyait également un désavantage à l'élaboration d'un modèle lanaudois, soit qu'il fallait *prendre le temps de peindre cette toile-là.*

Pour sa part, un gestionnaire voyait comme avantage à la création d'un modèle lanaudois la possibilité qu'à *tous les niveaux puis au niveau des différents paliers, qu'on adhère à la même vision*. Le participant précisait qu'à son avis, ce modèle, mais pas nécessairement *les moyens qui sont pris*, pourrait être aussi bien *différent que semblable à une autre région*, l'important étant que *tout le monde y adhère.*

Pendant le groupe de discussion, une dernière question touchant les modèles régionaux d'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie a été adressée aux participants. Elle concernait l'influence possible, dans les dynamiques régionales, du contexte provincial marqué par un intérêt croissant pour la promotion de saines habitudes de vie. Celui-ci était lié notamment aux constats alarmants à propos de l'obésité, et il se traduisait par des orientations précises attachées à des plans d'action, dont le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*, communément appelé PAG. En outre, il s'agissait de voir si, de l'avis des participants, l'adoption de telles orientations pouvait contribuer à une plus grande

homogénéisation des pratiques régionales dans le domaine des saines habitudes de vie, plutôt qu'encourager le développement de modèles propres aux régions et adaptés à leurs spécificités. À cet égard, les participants se sont montrés plutôt favorables au PAG, considérant les possibilités qu'il leur ouvrirait.

Par exemple, un gestionnaire affirmait que *oui, ça vient ramasser un peu, comme toutes les régions doivent l'appliquer*. Et il précisait : *les actions qui sont là-dedans, je pense que ça permet aux régions de ramasser, dans un même cadre, des actions qui auraient pu avoir l'air... différentes*. Pour sa part, un intervenant exposait ainsi sa vision globalement enthousiaste face au PAG :

Bien, je pense que le fait que c'est porté par le ministère, par des instances concernées, et puis que, aussi, des actions qui se font de façon populationnelle, dans le sens... Dans les médias, tous les différents volets qui vont vraiment permettre de rattacher puis de soutenir et valoriser ce qui se fait un peu partout, bien, je pense que ça va (...) Oui, ça va valoriser même, cette approche-là. (...) Il me semble que ça donne un ton. Ça va nous rassembler.

De son côté, un autre intervenant voyait dans le PAG un modèle dont il serait possible de s'inspirer :

Si je prends l'exemple de Québec en forme là, ils sont proches de nous autres, eux autres. Ils font la promotion d'activités physiques, ils s'en viennent en alimentation bientôt. Eux-autres, ce qu'ils ont décidé de faire, c'est d'y aller par volets, tu sais. Ils ont commencé par un volet, puis là, ils sont dans un milieu avec un volet. Puis là ils en rentrent un deuxième. Bon, c'est peut-être pas le modèle qu'il faut adopter, mais c'en est un modèle, ça.

En résumé, les propos des informateurs individuels et des participants au groupe de discussion conduisent au constat que l'élaboration d'un modèle lanauois de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie ne semble jamais avoir constitué une motivation particulière pour les acteurs amenés à adopter cette approche. D'une certaine façon, le développement d'un tel modèle leur apparaissait en général comme une possibilité un peu fortuite, susceptible tout de même de comporter certains avantages. Par ailleurs, ils ne se sentaient pas non plus menacés par des orientations gouvernementales en matière de promotion des saines habitudes de vie susceptibles de conduire à plus d'homogénéisation des pratiques entre les régions.

5.2.2 Synthèse des résultats et modèle lanauois

Et maintenant, au-delà des propos des acteurs lanauois, les résultats de l'étude peuvent-ils apporter d'autres informations sur l'existence ou non d'un modèle

lanaudois de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie? Et quant à l'intérêt ou non de développer un tel modèle?

D'abord, si on revient sur les particularités lanaudoises identifiées à la section 4.3.2 (tableau 19), on pourrait certainement considérer qu'elles représentent des constituants potentiels d'un modèle lanaudois. Rappelons qu'on y retrouvait des éléments de description concernant : le choix de partir des acquis régionaux (programmes et interventions déjà développés), le souci déjà présent dans la région de concerter les différents établissements et paliers d'intervention, l'inclusion au même titre que les trois autres de l'habitude de vie *santé dentaire*, un avancement jugé significatif dans l'expérimentation d'interventions portant sur les environnements, la possibilité d'aborder les milieux et les interventions au *cas par cas*, ainsi qu'un état d'avancement général de la mise en œuvre de l'approche jugé satisfaisant. Tous ces éléments contribuent effectivement à faire en sorte que les acteurs lanaudois se distinguent dans leur façon d'aborder et de mettre en œuvre l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. Mais, de toute évidence, l'existence reconnue de ces particularités ne suffit pas à créer encore un véritable modèle lanaudois.

Différentes raisons peuvent expliquer cet état de fait et on peut en retrouver quelques-unes parmi les résultats de l'étude déjà présentés. Citons, par exemple, le fait que toutes les régions seraient, comme Lanaudière, en processus d'expérimentation face à l'approche IGC; le fait que les acteurs lanaudois se sentent eux-mêmes en situation d'apprentissage par rapport à l'approche; le fait que ces derniers ne soient pas spécialement mobilisés par une intention de développer un modèle lanaudois; et le fait que tous ne soient pas également enthousiastes face à l'adoption de cette approche.

On peut aussi ajouter à ces premières explications un éclairage supplémentaire en lien avec les résultats de l'analyse appuyés sur le paradigme théorique des représentations sociales. Ainsi, on a démontré aux sections 4.1 et 4.2 que les acteurs lanaudois ne partageaient pas encore une même représentation de l'approche IGC (ni même une appellation unique), mais qu'ils étaient engagés ensemble dans un processus graduel et positif d'appropriation de cette approche. Par contre, l'analyse plus approfondie des représentations individuelles de l'approche, présentée au début de la présente partie (section 5.1), a mis en évidence des enjeux et des tensions entre les acteurs lanaudois constituant des obstacles à la construction d'une telle représentation partagée et donc, sans doute, à l'élaboration d'un modèle lanaudois de l'approche. À titre d'illustration, un intervenant a bien exprimé ce qu'il vivait à cet égard, en conclusion de son entrevue individuelle. Il déplorait alors d'avoir dépensé une partie de son énergie pour résoudre des difficultés internes qui *nuisaient au développement de l'approche* intégrée. Selon lui, il n'était pas normal d'avoir dû *se préoccuper de*

stratégie à l'interne, car il aurait été plus normal de faire ça par rapport au terrain.

Cela dit, quels avantages y aurait-il à développer un modèle lanaudois? Pour être en mesure de fournir à la question une réponse étayée, il peut être intéressant de se référer à l'aspect identitaire des représentations sociales. À ce sujet, Bézille-Lesquoy (déjà citée, p. 26 et 27) expliquait comment les représentations sociales, au cœur des processus de communication, jouaient un rôle dans les *revendications identitaires*, servant plus précisément des fins de *défense*, de *justification* ou d'. On peut penser que, quand les enjeux de cet ordre se situent à l'intérieur d'un groupe comme celui de l'ensemble des acteurs lanaudois (accent mis sur des identités distinctives), s'ils ne sont pas résolus, il ne va pas de soi que ces acteurs pourront évoluer facilement vers une représentation partagée de l'approche. Dans le même sens, on a vu également que certains acteurs avaient tendance parfois à définir aussi leur identité professionnelle en lien avec un regroupement provincial (notamment Kino-Québec) plutôt qu'en fonction de leur appartenance à une équipe régionale.

Cela dit, les difficultés relevées dans le processus d'appropriation de l'approche et de construction d'une représentation partagée par tous les acteurs lanaudois concernés se rapportaient beaucoup à la possibilité de concilier un ensemble d'intérêts, d'histoires passées et d'expertises attachées à l'identité de ces différents acteurs, afin de les mobiliser dans un projet commun qui puisse les rassembler. Peut-on penser alors que, si ce projet était canalisé justement vers ce qui les rassemble, au départ les particularités déjà identifiées, et qu'on l'associait à un objectif formel mais aussi symboliquement rassembleur, comme celui de développer un modèle lanaudois de l'approche, on obtiendrait aussi comme résultat le renforcement d'une identité régionale collective des acteurs? L'enjeu identitaire qui divisait les acteurs pourrait ainsi être dénoué au profit du projet commun.

CONCLUSION

Ce volet de la démarche d'évaluation a été une expérience de longue haleine, et il a pu être réalisée grâce à l'ouverture et à la patience des acteurs Lanaudois concernés par l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. Entraînés dans un processus d'appropriation et de mise en œuvre de cette approche relativement nouvelle, bien que déjà amorcée avant même la création des CSSS et l'engagement des acteurs-clés que constituaient les intervenants locaux, l'ensemble de ces acteurs ont accordé un intérêt constant à cet aspect plus réflexif de la démarche d'évaluation.

Les préoccupations initiales et toujours principales de la plupart de ces acteurs concernaient toutefois des considérations plus pratiques touchant les ajustements à leurs interventions susceptibles d'en améliorer l'efficacité et les résultats. Leur intérêt premier portait donc d'abord sur l'autre volet de l'étude, consacré à la réceptivité des milieux visés. Les attentes manifestées portaient, par exemple, sur un éclairage qui permettrait de formuler *de belles pistes d'action*. Cela dit, la perspective participative et formative adoptée dès le début de la démarche d'évaluation a permis de stimuler et d'entretenir chez les membres du comité d'évaluation, au fur et à mesure de la progression de l'étude, un intérêt accru pour les liens entre les pratiques et la relativement nouvelle approche IGC qui en modifiait des aspects significatifs.

Les résultats de ce volet, finalement, fournissent aux acteurs concernés un autre genre d'éclairage, peut-être surprenant à certains égards. Plus que de pointer des éléments spécifiques sur lesquels apporter des correctifs pour mieux faire fonctionner les pratiques en fonction de la nouvelle approche, ces résultats d'évaluation prennent plus généralement la forme d'un tableau d'ensemble exposant la dynamique des interrelations entre acteurs dans le processus d'appropriation et de mise en œuvre de l'approche IGC, processus influencé par les représentations sociales des uns et des autres. D'une certaine façon, ces résultats sont susceptibles de répondre en partie aux attentes particulières manifestées par un questionnaire lors d'une entrevue individuelle. À son avis, l'appropriation et la mise en œuvre de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie auraient gagné à être suivies de façon continue à *l'intérieur même de l'équipe* par une *personne neutre*, de manière à transmettre régulièrement aux acteurs un *feed-back* de ses observations et analyses du processus en cours. Il s'agirait pour eux, en quelque sorte, de *continuellement se regarder dans un miroir* par cette personne interposée, puisque le processus d'appropriation et de mise en œuvre de l'approche IGC se présentait comme novateur mais en évolution, donc axé sur l'expérimentation et supposant une série d'essais et erreurs.

On peut rappeler que les représentations, individuelles et collectives, sont également des *phénomènes mentaux* ou des *systèmes d'interprétation de la réalité* qui ne sont pas statiques, mais qui sont constamment en évolution. Celles qui étaient au centre de cette étude se sont d'ailleurs sans doute transformées depuis le moment de la collecte des données. Malgré tout, étant donné leur influence sur les pratiques, démontrée notamment au cinquième chapitre, il n'est peut-être pas illusoire d'envisager d'en tenir compte pour faciliter la poursuite du processus d'appropriation et de mise en œuvre de l'approche IGC parmi les acteurs Lanaudois concernés.

D'autant plus que, selon la plupart des informateurs, cette approche était appelée à orienter longtemps les pratiques de promotion des saines habitudes de vie, à l'échelle régionale comme à l'échelle provinciale. Quant à savoir si la région choisira de s'engager consciemment dans le développement d'un modèle proprement lanaudois de cette approche, ce sera aux acteurs concernés d'en décider.

Outre les analyses finales du dernier chapitre ayant porté sur les représentations des acteurs et sur l'existence éventuelle d'un modèle lanaudois de l'approche, l'évaluation a également permis de dégager un ensemble d'informations plus concrètes sur divers aspects de la mise en œuvre de l'approche. Ceux-ci concernaient les activités offertes, les clientèles et milieux ciblés et rejoints, les façons de faire et notamment les offres de service, les outils utilisés, les ressources humaines, l'articulation et la collaboration à l'intérieur des organisations et entre organisations, les particularités lanaudoises, ainsi que les résultats attendus, obtenus et évalués. À l'égard de ces différents aspects, un ensemble de forces et de faiblesses identifiées par les informateurs a été mis en évidence. Elles pourront constituer, pour les acteurs lanaudois, une série de repères utiles dans la poursuite de leurs expérimentations en vue de mettre en œuvre l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. D'ailleurs, plusieurs de ces éléments ont servi à la formulation de certaines des recommandations présentées plus loin, au terme de ce volet de l'étude.

De toute évidence, les divers résultats de ce volet de l'étude seront d'abord utiles aux gestionnaires et aux intervenants des CSSS du Nord et du Sud et de la DSPE qui sont responsables de la mise en œuvre de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. Ils pourront, de concert avec les résultats du rapport sur la réceptivité des milieux, autre volet de l'étude, servir à la planification de l'intervention dans l'optique de favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis dans le Plan d'action régional (PAR) de santé publique et les plans d'action locaux (PAL), au chapitre de la promotion des saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques.

Enfin, bien que la situation lanaudoise soit assez particulière, ainsi que cela a été mis en lumière à diverses occasions, on peut penser que les résultats de ce volet de l'étude pourraient intéresser aussi les acteurs d'autres régions également concernés par la mise en œuvre d'une approche IGC de promotion des saines habitudes de vie. En effet, au-delà des difficultés « internes » rencontrées dans la région dans le processus d'appropriation et de mise en œuvre de l'approche, l'étude, au même titre que cette approche ciblée par l'évaluation, constitue elle-même une démarche novatrice dans ses efforts pour tenir compte des représentations des acteurs. Cette perspective particulière se situe légèrement en recul par rapport au cadre prédéfini des interventions elles-mêmes et des objectifs de résultats. Elle n'en permet pas moins d'aider à mieux comprendre par la suite le fonctionnement des interventions et les résultats atteints. Dans un contexte provincial fortement marqué par les problèmes d'obésité et les maladies chroniques, donnant lieu à différentes démarches empreintes d'une approche « de style IGC » (notamment le PAG), le recours à une telle perspective pourrait éventuellement contribuer à éclairer, par exemple, les processus régionaux et locaux d'appropriation et de mise en œuvre des démarches développées dans cette foulée.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce volet de l'étude, quelques recommandations sont adressées aux acteurs lanauchois concernés eux-mêmes, soit les gestionnaires et les intervenants de la DSPE et des deux CSSS. Elles sont attachées aux quatre objectifs spécifiques qui étaient ciblés au départ. On notera toutefois que certaines recommandations se retrouvent en lien avec plus d'un objectif. Cela s'explique simplement par les interrelations étroites existant entre les quatre thématiques touchées par ces objectifs, interrelations qui, d'ailleurs, ont été mises en évidence à différentes occasions, à travers les résultats présentés.

1. Pour faciliter le cheminement vers une représentation collective de l'approche :

- Maintenir la tenue de rencontres régulières de l'équipe saines habitudes de vie de la DSPE, animées par le professionnel responsable de ce dossier, et de rencontres de cette équipe avec les équipes locales des deux CSSS;
- S'entendre sur une dénomination partagée de l'approche (par exemple, approche globale ou globale et concertée ou IGC, etc.);
- Poursuivre les discussions afin de s'assurer que les acteurs concernés distinguent bien l'approche et les moyens utilisés pour la mettre en œuvre (par exemple, l'offre de service regroupée).

2. Pour aider à la poursuite du processus d'appropriation de l'approche par les différents acteurs concernés :

- Maintenir la tenue de rencontres régulières de l'équipe saines habitudes de vie de la DSPE, animées par le professionnel responsable de ce dossier; et de rencontres de cette équipe avec les équipes locales des deux CSSS;
- Adopter, partager, diffuser entre les acteurs concernés une version finale du cadre de référence élaboré par Desjardins (2007).

3. Pour faciliter la mise en œuvre de l'approche :

- Poursuivre et instituer des rencontres annuelles de planification et de bilan des activités auxquelles sont conviés les différents acteurs concernés, afin que tous puissent endosser les décisions prises;
- Explorer davantage la possibilité de développer des indicateurs de résultats adaptés aux particularités de l'approche;
- Poursuivre les efforts en vue d'obtenir les ressources humaines supplémentaires jugées nécessaires au plein déploiement de l'approche sur les deux territoires locaux;
- Soutenir les intervenants des DSPE et des CSSS afin qu'ils puissent peu à peu trouver ensemble un juste équilibre entre les forces respectives de la *vieille expertise* et des nouvelles expertises à développer;

- Continuer à développer des façons de faire alternatives à l'offre de service pour entrer en contact avec les milieux visés;
- Produire les outils nécessaires et adaptés à l'approche, pour faciliter le travail des différents intervenants locaux, notamment en nutrition;
- Poursuivre l'expérimentation de façons de faire nouvelles, adaptées aux milieux visés.

4. Pour éventuellement consolider le modèle lanadois de l'approche IGC :

- Continuer à tabler sur les acquis régionaux, notamment les programmes déjà développés et les avancées en matière de travail sur les environnements;
- Mettre en œuvre les recommandations en vue de faciliter le cheminement vers une représentation collective de l'approche (1), poursuivre son processus d'appropriation (2) et faciliter sa mise en œuvre (3).

BIBLIOGRAPHIE

Monographies

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

BEAUDRY, Jean, et Carmen SCHAEFER. *Évaluation de la mise en œuvre de l'approche intégrée 0-5-30 Combinaison-prévention en milieu de travail*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2008, 54 p.

BEZILLE-LESQUOY, Hélène. « *L'autodidacte* ». *Entre pratiques et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan, 2003, 207 p.

BILODEAU, Éric. *Les représentations sociales que se font les kinésithérapeutes de leur pratique professionnelle*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en Sciences de l'activité physique, Montréal, Université de Montréal, 2004, 108 p.

BOURQUE, Isabelle, Christal DIONNE, Sandrine DIONNE, Laurence GUAY et Noémie JUAIRE. *0-5-30 Combinaison Prévention : Mise sur pied d'un réseau national d'échanges et de collaboration. Projet en promotion de saines habitudes de vie*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2006, 149 p.

CÔTÉ, Isabelle. *Bilan de l'implantation au Québec du 0-5-30 Combinaison Prévention*, Québec, Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention, 2006, 45 p.

DESJARDINS, Louise. *L'approche globale de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques dans la région de Lanaudière. Cadre de référence*, document de travail interne, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2007, 18 p.

DESJARDINS, Louise. *Cadre de référence, Services intégrés pour la promotion de saines habitudes de vie (volet adulte) dans les constituantes CLSC des CSSS de Lanaudière, Document de travail*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de prévention promotion, 2005-1, 1 p.

DESJARDINS, Louise. *Services intégrés « habitudes de vie » (CSSS), Résultats attendus 2005-2006 pour les deux CSSS de Lanaudière. Document de travail*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de prévention promotion, 2005-2, 5 p.

DUBOIS, Nathalie, et Mathieu MASSE JOLICOEUR. *Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30*, Saint-Jérôme, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, 2008-1, 76 p.

DUBOIS, Nathalie, et Mathieu MASSE JOLICOEUR. *Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30, Faits saillants et recommandations*, Saint-Jérôme, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, 2008-2, 6 p.

GUILLEMETTE, André, Claude BÉGIN (coll.), Robert PETERSON (coll.) et Sébastien TRUDEL (coll.). *Un profil de la consommation excessive d'alcool dans Lanaudière. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009, 20 p.

JALBERT, Yves, et Lyne MONGEAU. *Prévenir l'obésité : un aperçu des programmes, plans d'action, stratégies et politiques sur l'alimentation et la nutrition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 27 p.

JODELET, Denise. « Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales », extrait de *Les représentations sociales*, Paris, PUF, document reproduit en version numérique dans le cadre de la collection *Les classiques des sciences sociales*, dirigée et fondée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, 1994, 33 p.

JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*, document produit en version numérique dans le cadre de la collection *Les classiques des sciences sociales*, dirigée et fondée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, 1989, 310 p.

KIROUAC, Sylvie, Alla MITRIASHKINA et Danièle FRANCOEUR. *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012. Bilan 2004-2005*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du programme de santé publique, Service des orientations en santé publique, 2005, 36 p.

LACHANCE, Brigitte, et Julie COLGAN. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence (Volet adulte)*, document de travail, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2004, 55 p.

LECLERC, Bernard-Simon, Louise LEMIRE et Céline POISSANT. *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Cadre de référence pour une démarche participative*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, 2000, 65 p.

LEMIRE, Louise, Dominique CORBEIL (coll.) et Monique DUCHARME (coll.). *Embonpoint, obésité et surplus de poids parmi la population adulte Lanaudière : Portrait de la situation en 2005*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention-promotion, décembre 2009, 20 p.

LEMIRE, Louise, Chantal GOSSELIN (coll.) et Sarah MONETTE (coll.). *L'usage de la cigarette et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement en 2005. Un aperçu de la situation dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009, 20 p.

LEMIRE, Louise. *La pratique de l'activité physique dans Lanaudière en 2005. Un portrait de la situation chez les jeunes et les adultes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 24 p.

LÉVESQUE, Jean-Frédéric, Debbie FELDMAN, Caroline DUFRESNE, Pierre BERGERON et Brigitte PINARD. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, et Institut national de santé publique du Québec, 2007, 55 p.

MANNONI, Pierre. *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 2006, 127 p.

MARSOLAIS, Luc. *Famille au Jeu. Programme de développement d'activités en milieu municipal. Guide d'intervention, 3e édition*, Document de travail, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2006, 41 p.

MASSÉ, Raymond. *Culture et santé publique*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1995, 499 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 120 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p.

POISSANT, Céline. *Proposition d'évaluation concernant l'évaluation participative et formative du modèle Lanaudois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2007, 6 p.

POISSANT, Céline et Caroline RICHARD. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Rapport-synthèse. Volets adaptation lanaudoise de l'approche et réceptivité des milieux aux offres de service proposées*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 20 p.

POISSANT, Céline et Caroline RICHARD. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Rapport d'évaluation concernant le volet réceptivité des milieux aux offres de service proposées*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 185 p.

POISSANT, Céline, et Caroline RICHARD. *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Rapport-synthèse. Volet réceptivité des milieux aux offres de service proposées*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 12 p.

QUINN PATTON, Michael. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3th edition, Thousand Oaks, California, 2002, 598 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Agir ensemble pour mieux vivre aujourd'hui et demain dans Lanaudière, Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, sous la direction de Laurent Marcoux, 2003, 153 p.

ROUSSIAU, Nicolas, et Christine BONARDI. *Les représentations sociales, État des lieux et perspectives*, Sprimont (Belgique), Mardaga, 2001, 245 p.

SCHAEFER, Carmen. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie, 2005, 52 p.

SCHAEFER, Carmen, et Jean BEAUDRY. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Évaluation du programme 0-5-30 Combinaison Prévention. Devis d'évaluation*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie, 2005, 51 p.

SIMONEAU, Marie-Ève, et Christine GARAND (coll.). *Les maladies chroniques. Le diabète*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2010, 24 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles 2.1 et 3.1 (2003 et 2005)*, Données extraites de l'Infocentre de santé publique du Québec, le 23 juin 2009.

SYSTÈME LANAUDOIS D'INFORMATION ET D'ANALYSE (SYLIA), *Maladies chroniques*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 29 mai 2008, 17 p.

Articles

APOSTOLIDIS, Thémis. « Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé », dans *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, vol. 22, no 2, Brasília, Mai-août 2006, 26 p.

BILODEAU, Angèle, Gilbert FILLION, Louise LABRIE, Dominique BOUTEILLER et Michel PERREAULT. « La pérennisation des programmes de promotion de la santé en entreprise est-elle possible? Le cas de quatre entreprises privées québécoises de travailleurs cols bleus », dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, no 2, mars-avril 2005, p. 114-120.

CAZALE, Linda, et Valeriu DUMITRU. « Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants », Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, dans *Zoom santé*, mars 2008, 4 p.

COHEN, D.A., R.A. SCHRIBNER, et T.A. FARLEY. « A Structural Model of Health Behavior : A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level », dans *Preventive Medicine*, 2000; 30, p. 146-154.

DURKHEIM, Émile. « Représentations individuelles et représentations collectives », dans *Revue de métaphysique et de Morale*, tome VI, mai 1898, collection *Les classiques des sciences sociales*, édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, 22 p.

FORTIN-PELLERIN, Laurence. « Contributions théoriques des représentations sociales à l'étude de l'empowerment : le cas du mouvement des femmes », dans *Journal International sur les Représentations Sociales*, vol. 3, no 1, p. 57-67.

GARNIER, Catherine, et Lucie SAUVÉ. « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement : Conditions pour un design de recherche », dans *Education relative à l'environnement : regards-recherches-réflexions*, 1998-1999, vol. 1, p. 65-77.

GOSSELIN, Virginie. « La santé au boulot. Projet de promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail », dans *Les actualités du cœur*, Été 2006, p. 5-7.

JODELET, Denise. « Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. », dans Valérie Hass (dir.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*, p. 235-255, Rennes, Les Presses universitaires de Rennes, 2006, 274 p.; Texte republié dans *Les classiques des sciences sociales*, bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi, 2006, 33 p.

LEFEBVRE, Gabriel. « La représentation : résultat de l'articulation de l'individuel et du collectif au sein d'un groupe de formation », dans *Journal International sur les Représentations Sociales*, vol. 3, no 1, Décembre 2006, p, 47-56.

Site Internet

CENTRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES CHRONIQUES. Approche intégrée des maladies chroniques. http://phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/integrated_f.html

Présentation visuelle

TURCOTTE, Mylène. *0-5-30 Combinaison Prévention. Résultats d'évaluation 2004-05*, le 15 juin 2005, 41 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

Guide d'entrevue
auprès des gestionnaires et des intervenants
de la DSPE et des CSSS

Guide d'entrevue auprès des gestionnaires et des intervenants de la DSPE et des CSSS
Évaluation participative et formative du modèle lanauois d'approche intégrée (globale et concertée) des habitudes de vie et des maladies chroniques

Thème	Sous-thème	Questions type	Durée
1. L'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC	1.1 Définition	<ul style="list-style-type: none"> Comment définiriez-vous l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC ? Quelles sont les principales caractéristiques de cette approche ? En quoi cette approche se distingue-t-elle des autres façons possibles d'aborder les liens entre les HV et les MC ? 	15 min.
	1.2 Adoption	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, pour quelles raisons cette approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC a-t-elle été largement adoptée dans le réseau SSS ? Selon vous, est-ce pertinent d'avoir adopté l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC ? (avantages et inconvénients) Selon vous, est-ce que la manière lanauoise d'appliquer l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC se distingue de celle des autres régions du Québec ? (si oui, en quoi ? différences avec le programme <i>0-5-30 combinaison prévention</i> ?) Selon vous, est-ce qu'il aurait été préférable que la région de Lanaudière adopte et applique une version de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC qui ressemble davantage à celle que d'autres régions du Québec ont adoptée et appliquée ? (approche type) 	15 min.
2. Les pratiques* (interventions et façons de faire)	2.1 Les pratiques avant la mise en œuvre de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée)	<ul style="list-style-type: none"> Décrivez brièvement votre travail et votre façon de travailler (ou celles de votre organisation) avec les milieux visés avant l'adoption par votre organisation de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC. (quoi, avec qui, dans quels milieux, recrutés comment ?) Quelles étaient les forces et les faiblesses de vos pratiques à ce moment ? 	15 min.
	2.2 Les pratiques depuis la mise en œuvre de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée)	<ul style="list-style-type: none"> Décrivez brièvement votre travail et votre façon de travailler (ou celles de votre organisation) avec les milieux visés depuis l'adoption par votre organisation de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC. (principaux changements p/r à quoi, avec qui, dans quels milieux, recrutés comment ?) Considérez-vous que votre façon de travailler maintenant (ou celle de votre organisation) avec les milieux ciblés par votre intervention reflète pleinement l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HV et MC ? (sinon, qu'est-ce qui différencie votre intervention d'une intervention totalement fidèle à l'approche intégrée des HV et MC ?) Avez-vous observé des améliorations ou des détériorations dans votre intervention (ou celles de votre organisation) depuis l'adoption de l'approche « globale et concertée » (intégrée) des HV et MC ? (avantages et inconvénients pour vous/votre organisation et pour le milieu) 	15 min.
3. La réceptivité des milieux	3.1 Facteurs de réceptivité liés aux milieux	<ul style="list-style-type: none"> Si vous pensez aux milieux visés par vos interventions, pouvez-vous identifier des caractéristiques de ces milieux (mission, taille, philosophie, ancienneté, etc.) qui expliqueraient <u>leur intérêt</u> (ou non) pour les activités que vous leur proposez en matière d'HV et MC ? Pouvez-vous identifier des caractéristiques de ces milieux (mission, taille, philosophie, ancienneté, etc.) qui expliqueraient qu'ils <u>acceptent de participer</u> (ou non) aux activités que vous leur proposez en matière d'HV et MC ? 	10 min.
	3.2 Facteurs de réceptivité liés aux pratiques (quoi et comment)	<ul style="list-style-type: none"> Si vous pensez aux activités que vous offrez en matière d'HV et MC, pouvez-vous identifier des caractéristiques de ces activités (durée, coût, contenu, promotion, recrutement des milieux, etc.) qui expliqueraient <u>l'intérêt</u> (ou non) des milieux visés pour ces activités que vous leur proposez ? Pouvez-vous identifier des caractéristiques de ces activités (durée, coût, contenu, etc.) qui expliqueraient que les milieux visés <u>acceptent de participer</u> (ou non) à ces activités que vous leur offrez ? Pouvez-vous identifier des éléments de vos façons de faire (promotion, recrutement, etc.) qui expliqueraient <u>l'intérêt</u> (ou non) des milieux visés pour ces activités que vous leur proposez ? Pouvez-vous identifier des éléments de vos façons de faire (promotion, recrutement, etc.) qui expliqueraient que les milieux visés <u>acceptent de participer</u> (ou non) à ces activités que vous leur offrez ? 	10 min.
	3.3 Facteurs de réceptivité liés au contexte	<ul style="list-style-type: none"> Si vous pensez au contexte (social, économique, politique ; interne/externe etc.) prévalant au moment où vous offrez vos activités en matière d'HV et MC, pouvez-vous identifier des caractéristiques de ce contexte qui expliqueraient <u>l'intérêt</u> (ou non) des milieux visés pour ces activités que vous leur proposez ? Pouvez-vous identifier des caractéristiques de ce contexte (social, économique, politique ; interne/externe etc.) qui expliqueraient que les milieux visés <u>acceptent de participer</u> (ou non) à ces activités que vous leur offrez ? 	10 min.

* Pratiques : définir préalablement avec l'informateur comme interventions (le *quoi*) + façons de faire (le *comment*).

ANNEXE 2

Formulaire de consentement éclairé destiné
aux gestionnaires et aux intervenants
de la DSPE et des CSSS

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
concernant la participation à une entrevue individuelle
dans le cadre de *l'Évaluation participative et formative du modèle*
lanaudois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer, en tant que représentant(e) d'une organisation lanaudoise du réseau de la santé et des services sociaux concernée par le développement d'un modèle lanaudois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques, à une entrevue individuelle. Celle-ci est réalisée dans le cadre d'une démarche d'évaluation portant sur ce sujet. Elle vise à connaître votre opinion sur différents aspects de ce sujet, étant donné que vous avez une connaissance et une expérience particulières en la matière.

Anonymat et confidentialité

Votre participation à cette entrevue se fait sur une base anonyme. Votre nom ne sera jamais rendu public et vos propos demeureront confidentiels.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée sur bande magnétique. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels.

Liberté de se retirer

Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui vous seront adressées.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le _____ du mois de _____ 2008.

Informateur/informatrice

Céline Poissant.
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

ANNEXE 3

Guide de discussion avec les gestionnaires
et les intervenants de la DSPE et des CSSS

GUIDE DE DISCUSSION AVEC LES GESTIONNAIRES ET LES INTERVENANTS DE LA DSPE ET DES CSSS
Évaluation participative et formative du modèle lanauois d'approche intégrée (globale et concertée)
des habitudes de vie et des maladies chroniques

Thème	Contenu	Durée
1. Définition de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HVMC	<p>Présentation synthèse des définitions de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HVMC fournies par les informateurs (phase I de la collecte des données). <i>Voir fiche-synthèse</i></p> <p>Présentation d'une ou des définitions trouvées dans la littérature</p> <p>*Note : les questions des participants sur la présentation seront posées et répondues au fur et à mesure</p>	10 min.
	<p>Question :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les définitions que vous avez fournies lors de la phase 1 vous semblent-elles toujours appropriées? ▪ Est-ce que ces définitions rejoignent les bases théoriques de l'approche ? Est-ce important qu'une définition soit construite sur des bases théoriques reconnues ? ▪ Avez-vous l'impression de partager une même définition de cette approche ? Est-ce important ? 	20 min.
2. Actualisation de l'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HVMC	<p>Présentation synthèse des propos (opinions) des informateurs concernant l'actualisation de l'approche globale et concertée (raisons de l'adoption, pertinence, mise en pratique). <i>Voir fiche-synthèse</i></p> <p>*Note : les questions des participants sur la présentation seront posées et répondues au fur et à mesure</p>	10 min.
	<p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depuis la première phase de la collecte des données (mai et juin 2007), avez-vous l'impression de maîtriser davantage l'approche globale et concertée? De vous l'être totalelement appropriée ? ▪ Cette approche a-t-elle pris une importance plus grande ou moins grande dans le cadre de votre travail ? Comment se manifeste cette évolution (dans les activités, dans les façons de faire, dans la dynamique entre les acteurs internes, dans la concertation avec les partenaires externes)? ▪ Le contexte général de l'organisation du réseau (DSPE et CSSS) est-il plus favorable au développement de l'approche globale et concertée ? ▪ Est-ce que l'importance accordée à cette approche a évolué (+ ou -) dans le réseau québécois de la santé publique ? 	20 min.
3. Le modèle lanauois d'approche <i>globale et concertée</i> (intégrée) des HVMC	<p>Présentation synthèse des propos des informateurs sur les caractéristiques de la manière lanauoise d'aborder l'approche globale et concertée des HVMC (phase I de la collecte des données). <i>Voir fiche-synthèse</i></p> <p>*Note : les questions des participants sur la présentation seront posées et répondues au fur et à mesure</p>	10 min.
	<p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depuis que vous avez commencé à expérimenter et développer l'approche globale et concertée, avez-vous l'impression qu'un véritable modèle lanauois s'est développé ? ▪ Si un modèle lanauois s'est développé, a-t-il évolué pour ressembler plus ou moins à ce qui se fait dans d'autres régions ? ▪ Quels sont les avantages et les inconvénients de développer un modèle lanauois d'approche globale et concertée des HVMC ? 	20 min.

ANNEXE 4

Formulaire de consentement éclairé
concernant la participation à un groupe de discussion

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
concernant la participation à un groupe de discussion
dans le cadre de l'Évaluation participative et formative du modèle lanaudois
d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques

Objet de la rencontre

Vous avez été invité à participer à un groupe de discussion, en tant qu'intervenant ou gestionnaire de la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière ou d'un des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Cette rencontre est réalisée dans le cadre d'une démarche d'évaluation participative et formative du modèle lanaudois d'approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques. Il s'agit plus précisément de la dernière phase de la collecte des données. Les échanges viseront notamment à valider, enrichir et ajuster les informations déjà collectées dans les deux premières phases de l'étude.

Anonymat et confidentialité

Votre participation à cette entrevue se fait sur une base anonyme. La confidentialité de vos propos sera respectée, dans le sens qu'ils ne seront jamais associés à votre nom dans le cadre des publications qui découleront de cette étude.

Enregistrement du contenu des discussions

Pour faciliter le travail d'analyse et ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée sur bande magnétique. Les seules personnes autorisées à manipuler les cassettes seront les membres de l'équipe d'évaluation : les deux agentes de recherche signataires de ce formulaire et une secrétaire. Après l'analyse, cet enregistrement sera conservé puis détruit conformément aux règles d'éthique et à la législation en matière de renseignements personnels.

Liberté de se retirer

Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui vous seront adressées.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le _____ du mois de _____ 2008.

Informateur/informatrice

Céline Poissant.
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Caroline Richard
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

ANNEXE 5

Grille d'observation du groupe de discussion
sur l'approche

**Grille d'observation du groupe de discussion sur l'approche
Évaluation participative et formative du modèle lanaudois d'approche intégrée (globale et concertée)
des habitudes de vie et des maladies chroniques**

Thème 1. Définition de l'approche « globale et concertée » (intégrée) des HVMC						
Sous-thème	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
1.1 Questions en lien avec la présentation synthèse						
1.2 Caractère toujours approprié des définitions						
1.3 Liens définitions et bases théoriques						
1.4 Partage d'une définition commune						

Thème 2. Actualisation de l'approche « globale et concertée » (intégrée) des HVMC

Sous-thème	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
2.1 Questions en lien avec la présentation synthèse						
2.2 Maîtrise actuelle de l'approche						
2.3 Appropriation actuelle de l'approche						
2.4 Caractère favorable ou pas du contexte (organisation du réseau)						
2.5 Évolution de l'importance accordée à l'approche (réseau SSS)						

Thème 3. Le modèle lanauois d'approche « globale et concertée » (intégrée) des HVMC

Sous-thème	# des participants	Contenu de la discussion (mots clés)	Compréhension du thème (+ ou -)	Non verbal (+ ou -)	Ambiance générale, dynamique & relations entre participants (+ ou -)	Durée
3.1 Questions en lien avec la présentation synthèse						
3.2 Développement d'un véritable modèle lanauois						
3.3 Distinctions et Ressemblances avec modèles d'autres régions						
3.4 Avantages et inconvénients d'un modèle lanauois						

Commentaires divers

Schéma des () participants autour de la table
(1 numéro pour chacun + «A» pour animateur + «O» pour observatrice)

Correspondance prénoms-numéros

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12

13

14

15